Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Marburg
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Jacob)

Klinische Untersuchungen über Syndrom-Wechsel im Rahmen einer psychiatrisch-neurologischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Störungen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philippsuniversität Marburg an der Lahn

vorgelegt von

Wolfram Enders
aus Mannheim

Marburg 1969

Fotodruck: Erich Mauersberger, Marburg

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Marburg
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Jacob)

Klinische Untersuchungen über Syndrom-Wechsel im Rahmen einer psychiatrisch-neurologischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Störungen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philippsuniversität Marburg an der Lahn

vorgelegt von

Wolfram Enders
aus Mannheim

Marburg 1969

Fotodruck: Erich Mauersberger, Marburg

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der
Universität Marburg am 30.Januar 1969

Dekan: Prof. Dr. med. W. Straub
Referent: Prof. Dr. med. U. Spiegelberg
Correferent: Prof. Dr. med. H. Jacob

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

G l i e d e r u n g

	Seite
Einführende Bemerkungen	1 - 1o
Definition und Problemstellung	1o - 12
Allgemein literarischer Ansatz	12 - 19
Einzelfälle	19 - 44
Methode und Material	45
a) Methode	45 - 48
b) Material	49 - 53
Zahlenmäßiges Ergebnis	53 - 63
Diskussion	64 - 75
Zusammenfassung	76

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534905_0003

Einführende Bemerkungen

Den Verlauf einer Krankheit charakterisieren drei Grundformen: entweder führt er zur vollständigen Restitution oder zum Tode des Patienten, oder die Krankheit nimmt einen chronischen Verlauf. Wir wollen im Zusammenhang mit diesen drei Formen hier auf eine mögliche vierte zu sprechen kommen, nämlich die des Abwechselns einer Krankheit durch eine zweite. Es ist dies ein altbekanntes Phänomen, und wir fanden in der Literatur eine zahlreiche Kasuistik. Die Krankheiten, welche besonders in dieser Phänomenologie auftreten, sind insofern von besonderer Bedeutung, als ihre Ätiologie nur unzureichend geklärt werden konnte und mehrere ursächliche Faktoren diskutiert werden. Deshalb sei zunächst die Problematik dieser Erkrankungen von der psychogen - ätiologischen Seite her kurz skizziert.

Wir haben im Rahmen unserer Untersuchungen einen Patienten gesehen, der die Abhängigkeit seines somatischen Leidens von psychogen soziologischen Faktoren beobachtete und sie uns beschrieb, so daß wir einführend kurz von ihm berichten wollen.

Es handelt sich um einen jetzt 29 jährigen, schlanken Patienten, der seit seiner frühsten Kindheit an asthmatischen Anfällen leidet. Er berichtete uns von seiner Beobachtung, daß die asthmatischen Anfälle sowohl während der Schulzeit, als auch während der Ausbildungszeit an der Universität immer dann auftraten, wenn er Situationen zu bewältigen hatte, vor welchen er sich ängstigte: vor über endgültige Zensuren entscheidenden Arbeiten, Prüfungen und bei sehr schwierigen persönlichen Problemen. Vor solchen Situationen erlebte er regelmäßig die allmähliche Entwicklung: ein langsames Zunehmen der Beklemmung, Katarrh, sich steigernde Unruhe und schließlich den Anfall selbst.

Dies wiederholte sich verschieden oft, und der Patient glaubte an eine direkte Proportionalität zwischen Intensität und Häufigkeit des asthmatischen Anfalles einerseits und dem Grad der Schwierigkeit andererseits. - Wenn die Situation dann überstanden war, klang die Symptomatik schnell ab, und der Patient war über größere Zeiträume beschwerdefrei. Ergänzend möchten wir darauf hinweisen, daß es sich bei diesem Patienten um einen intelligenten Menschen handelt, der Eindrücke und Erlebnisse sehr schnell und intensiv aufzunehmen vermag, um sie lange Zeit über zu bewahren.

HANSEN veröffentlichte einen ähnlichen Fall. Anhand der Krankengeschichte einer hochdifferenzierten Patientin, welche seit ihrem 1o.Lebensjahr unter asthmatischen Anfällen litt, weist er auf die Synchronizität zwischen schwerer innerer Krise und asthmatischen Anfällen hin. Er schreibt hierzu:"Immer dann stellt die Krankheit sich ein, wenn für die Patientin - oder, wenn man will, von der Patientin - eine Situation geschaffen worden ist, die eine schwere innere Krise in ihr weckt, eine Krise, aus der sie - sei es infolge ihrer eigenen Unfähigkeit zur Entscheidung oder infolge der Gewalt der Umstände - keinen Ausweg zu finden scheint. Die Anfälle setzen aus, wenn die Krise sich löst."

Den auslösenden Faktor für den asthmatischen Anfall mit heftigen akuten oder auch chronischen emotionalen Belastungen in Verbindung zu bringen ist naheliegend, ohne damit aber etwas über die Ätiologie dieser Krankheit auszusagen. Lediglich sei hier der funktionelle Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und somatischen Reaktionen besonders betont.

Dieses Zusammenspiel allgemein zwischen dem emotionalen Erleben, der Erlebnisverarbeitung - bewußt, als auch

besonders unbewußt - und den funktionellen somatischen Reaktionen ist Thema der psychosomatischen Medizin. Ihr Gebiet wollen wir zunächst in einem kurzen chronologischen Abriss darstellen, um unsere spezielle Thematik einerseits ihr zuzuordnen und andererseits besser umreißen zu können.

Die psychosomatischen Bestrebungen entstanden als eine Reaktion auf die zu dieser Zeit allgemein biologisch somatische Krankheitslehre, basierend auf einer relativ statisch anatomischen Zellularpathologie. Unter Einbeziehung der humoralen Vorgänge der Endokrinologie, der Allergielehre und insbesondere des vegetativen Geschehens im Aufbau der Person entwickelte sich eine funktionell physiologische Betrachtungsweise als Grundlage für die psychosomatische Forschung.

Die funktionelle Abhängigkeit von seelischen Erlebnissen bzw. ihrer mangelhaften Verarbeitung wurde zuerst von FREUD bei Hysteriekranken beobachtet und beschrieben. Er führte den Begriff der Konversionshysterie ein, und beschreibt diese körperliche Symptomatik als Ausdruck chronischer emotionaler Konflikte, die entstehen, wenn Affekte sich auf normalem Wege willkürlicher Tätigkeit nicht ausdrücken oder abführen lassen. DARWIN sieht die hysterischen Konversionssymptome als in höchstem Maße individuelle, bisweilen einzigartige Schöpfungen des Patienten an, die er zum Ausdruck seiner ihm eigentümlichen, verdrängten psychologischen Inhalte erfunden hat. Ihnen gegenüber stellt er die standartisierten und universalen Ausdrucksbewegungen wie Lachen, Weinen, Erröten, Veränderungen der Herztätigkeit und der Atmung. In der Betonung des Individuellen will er einer zu speziellen Zuordnung funktioneller körperlicher Symptomatik zu bestimmten akuten oder chronischen emotionalen Störungen entgegentreten. Ob es überhaupt zur Konversion kommt, wie und in welcher Form sie auftritt, hängt von dem

Individuum ab und ist nicht im Sinne einer direkten Kausalität anzusehen.

Derartige psychogene körperliche Funktionsstörungen erstrecken sich nicht nur, wie wir bereits gesehen haben, auf hysterische Pseudolähmungen, Zittererscheinungen, Anfälle und andere Dysfunktionen der sensorisch motorischen Leistungen, sondern auch auf die vegetativen Regulationen der inneren Organe. Sie äußern sich zum Beispiel in:
a) einer Magensymptomatik mit Druckschmerzhaftigkeit im Oberbauch - epigastrischer Winkel - , saurem Aufstoßen bis hin zum Erbrechen, allgemeiner Abgeschlagenheit und Übelkeit. Röntgenologisch und bei Untersuchung des Magensaftes finden sich dann häufig Sekretionsstörungen und eine mäßig pathologisch veränderte Motorik des Magens oder
b) in dem plötzlichen Auftreten von kardialer Angst, mit Tachykardie und Extrasystolen, nicht selten kombiniert mit Beklemmungsgefühlen und orthostatischen Störungen. Internistisch läßt sich auch hier häufig kein grober pathologischer Befund erheben.

Psychogen heißt in diesem Zusammenhang: in funktioneller Abhängigkeit von seelischen Erlebnissen, bzw. ihrer mangelhaften Verarbeitung.

Langandauernde funktionelle Störungen können allmählich zu schweren organischen Funktionsstörungen führen, die mit morphologischen Veränderungen an dem Organ einhergehen. V.WEIZSÄCKER unterscheidet in seiner funktionellen Pathologie folgende Stadien:

A. psychische Erregung
B. funktionelle Alteration
C. motorische und sekretorische Dysregulation
D. Entzündung
E. Ulcus
F. Viscerale Neurose oder Karzinom oder Sklerose
G. Tod

BERGMANN hat hierzu in seinen Arbeiten über die Verursachung organischer Krankheiten oder vegetativ - nervöser Dysfunktionen experimentelle Beispiele gebracht und sie belegt.

Die Psychosomatik befaßt sich heute einerseits mit der Persönlichkeit und ihrer Beziehung zur Umwelt und andererseits mit den Krankheiten, bei denen neben somatischen Ursachen psychische eine wesentliche Rolle spielen und sie zeigt Beziehungen zwischen beiden. Welche Krankheiten rechnet man dazu? Wir geben hier die Krankheiten in einer Tabelle wieder - modifiziert nach HALLIDAY - , die wir bei unseren Untersuchungen berücksichtigt haben, ohne jedoch den Anspruch auf Vollständigkeit aller psychosomatischer Krankheiten zu erheben. Man findet in der Literatur sehr unterschiedliche Angaben darüber, welche Krankheiten dazu zu rechnen sind; deshalb haben wir nur solche berücksichtigt, bei deren Entwicklung psycho-soziogene Faktoren allgemein anerkannt werden.

Magen - Darm - System:	Gastritis, Ulcus pepticum, Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa, Formen der nicht toxischen Diarrhoe, habituelle Obstipation
Kardiovaskuläres Syndrom:	Überlastungssyndrom, Fälle von primärer Hypertension - juveniler Hypertonus, Hypotonus
Atmungssystem:	viele Asthmaanfälle, allergische Rhinitis, Heuschnupfen
Urogenitalsystem:	viele Fälle von nächtlichem Einnässen, Menstruationstörungen
Endokrines System:	viele Fälle Basdow'scher Krankheit, Hyperthyreoidismus, gewisse Fälle von Fettsucht, Diabetes mellitus, Myxödem

Nervensystem:	Formen der Migräne und die somatischen Störungen der Angst und Hysterie
Hautsystem:	Alopecia areata, Prurigo, Pruritus urticaria, Psoriasis vulgaris
Lokomotorensystem:	viele als Hydrositis bezeichnete Fälle, Neuritis, Ischias und Lumbago, ebenfalls Formen der rheumatoiden Arthritis.

Neben den allgemeinen somatischen Ursachen für die Ätiologie dieser Krankheiten: angeborene Anomalien, Konstitution, mechanische Einwirkungen, Ernährungsstörungen, Intoxikationen, Infektionen und Einwirkungen von Strahlen, Temperatur und Elektrizität wirken psycho-soziogene in der Ätiologie und Pathogenese psychosomatischer Erkrankungen. Wir achteten bei unseren Untersuchungen besonders auf diese Faktoren, indem wir gesondert auf mögliche Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung hin explorierten,

A. der Kleinkinderziehung, insbesondere auf Schlaf-Wach-Besonderheiten
B. auf akzidentelle physikalische, traumatische Erlebnisse der frühen und späteren Kindheit
C. das seelische Familienklima und spezifische Persönlichkeitszüge von Eltern, respektive Erziehungspersonen und Geschwistern
D. auf spätere emotionale Erlebnisse bei nahegehenden persönlichen und beruflichen Beziehungen.

Störungen in diesen Bereichen sind für die Ätiologie der psychosomatischen Erkrankungen sicher ausschließlich nicht befriedigend; sie weisen lediglich auf eine psycho - somatische Dynamik hin.

Als FREUD das psychodynamische Gefüge der hysterischen, sensorisch - motorischen Dysregulationen und der Neurosen erkannt und beschrieben hatte, war der nächste

logische Schritt die Psychodynamik der Psychosen zu postulieren und diese Deutung als ein ergänzendes Moment schließlich auch auf die organischen Krankheiten auszudehnen. Gründe hierfür waren die guten Erfolge bei der Behandlung einiger Neurosen, zeitweilige Unzulänglichkeiten der naturwissenschaftlichen Medizin und schließlich das Erkennen kultureller und geschichtlicher Faktoren in der Bestimmung verschiedener Krankheitsbilder.

Die psychosomatische Interpretation begrenzt sich heute nicht mehr auf die funktionellen Störungen und deren Folgen, sondern sie erstreckt sich auch auf zahlreiche organische Krankheiten. Diese Ausdehnung rief eine heftige, kritische Diskussion der verwendeten Methodik und der Postulate hervor (WEITBRECHT). Anläßlich der 73. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie und der Internationalen Gesellschaft für Biologische Rhythmusforschung 1967 in Wiesbaden wurden die bisherigen Modellvorstellungen in der psychosomatischen Medizin, besonders die Modelle der Stress - Belastung nach SELYE und CANNON als ungeeignet für die Erklärung psychosomatischer Krankheitsbilder befunden. Die Notwendigkeit neue auszuarbeiten, mit deren Hilfe psychische, soziologische, biochemische und physiologische Faktoren korreliert werden können, wurde angeregt (v.UEXKÜLL und THOMAE).

Man hat bei sehr vielen Krankheiten psychische Veränderungen - jedoch meist sekundärer Art - der Patienten gefunden und beschrieben, wie zum Beispiel die bekannten psychischen Veränderungen bei Hyper- und Hypofunktion endokriner Drüsen, sekundäre psychische Veränderungen der Primärpersönlichkeit bei chronischen Erkrankungen u.s.w.
HELLPACH hat in Ananlogie zu dem Wort Genom die Wort-

neubildung 'Psychom' eingeführt, um den psychischen Komplex zu bezeichnen, der viele somatische Krankheiten begleitet.Er betont damit eine besondere somato - psychische Entwicklung in dem Krankheitsverlauf, eine zusätzliche psychische Symptomatik, die sich in den verschiedensten Formen manifestieren kann.

Exact ist von Hellpachs 'Psychom' das Phänomen des Syndrom - Wechsels zu trennen. Letzteres beschreibt die Entwicklung einer psychotischen oder psychopathologischen Symptomatik, während das eigentliche somatische Leiden abklingt, resp. vollständig verschwunden ist. Zum Beispiel wird bei einem Ulcuspatienten eine endogene Depression manifest, bei dem ein Ulcus duodeni röntgenologisch nachgewiesen werden konnte und weswegen er stationär aufgenommen wurde. Im Laufe der konservativen Behandlung entwickelte sich die endogene Depression und bei einer röntgenologischen Kontrolle war eine Ulcusnische nicht mehr erkennbar.

Wir sahen mehrere dieser Fälle und bei längerer Beobachtungszeit konnte SPIEGELBERG bei einigen ein 'Langzeit - Alternieren' von Ulcus und phasischen Psychosen nachweisen.

Bei Durchsicht der Literatur fanden wir einen ersten Hinweis - 1883 - auf eine ähnliche Symptomatik in einem kasuistischen Beitrag von KELP.

KELP beobachtete dieses vikariierende Vorkommen und wies in einer zweiten Arbeit 1885 anhand von weiteren sieben Fällen, die inzwischen von NORMAN veröffentlicht worden waren, auf das Abwechseln zwischen Asthma und Psychosen hin. Exemplarisch für das Phänomen, über dessen Häufigkeit bei einem unausgewählten Krankengut einer psychiatrisch neurologischen Klinik wir Untersuchungen anstellten, sei diese erste veröffentlichte Beobachtung hier auszugsweise referiert.

" A.B., aus O.,28 Jahre alt, ledig, wurde am 24.Jan.71

in die Anstalt aufgenommen. Er ist der Sonn eines wohlhabenden Kaufmannes. Eine familiäre Belastung mit Geistesstörungen liegt bei Seitenverwandten der väterlichen und der mütterlichen Seite vor...Er wird als sehr gut begabter, wohl unterrichteter, liebenswürdiger Mann geschildert, frei von allen Exzentritäten. Er besuchte in Süddeutschland ein Politechnikum und macht dort im Jahre 1864 eine Brustkrankheit durch, welcher Art ist unbekannt, und kehrte dann in die Heimat zurück. Er litt an bald akut, bald chronisch verlaufenden Anfällen heftiger Dyspnoe, die sich manchmal zu lebensgefährlicher Höhe gesteigert haben sollen. Die gegen diese Beschwerden angewandten Kuren, Hautreize, hydrotherapeutische Einwirkungen, comprimierte Luft u.s.w. waren von keinem Erfolg, nur subcutane Morphiuminjektionen coupierten sicher, wenn auch nur auf kurze Zeit die Dyspnoe, - o,o6 und mehr pro die-

Zu Zeiten hatte er damals 1869 schon Gehörstäuschungen. Im Jahre 187o nahm er neben den unverminderten Morphiuminjektionen auch noch Chloral täglich 1,o - 3,o und zuweilen noch mehr... Dieser colossale Mißbrauch beider Mittel dauerte fast ein Jahr. Die asthmatischen Beschwerden verloren sich dabei zuletzt vollständig, dagegen traten Symptome von Überreizung der Sinnesorgane und geschwächter Willens- und Verstandeskraft immer deutlicher hervor. Es bildete sich förmliche Tobsucht, welche die Entfernung aus dem elterlichen Hause notwendig machte...

Das Körpergewicht betrug bei der Aufnahme 87 Pfd., stieg ferner auf 114,5 Pfd. und fiel dann wieder auf 1o9 Pfd.

Anfänglich war der Patient sehr aufgeregt, verfiel dann in Stupor, aus dem er nur durch energisches Zureden aufgerüttelt werden konnte, er sprach dann verworren. Er hatte Täuschungen fast aller Sinne, glaubte man bespritze ihn mit Quecksilber. Am folgenden Tage

trat größere Unruhe ein, die in Tobsucht überging... Seine Gemütsstimmung war eine deprimierte, Angstgefühle beherrschten ihn und brachten ihn in Verzweiflung, es gesellte sich Vergiftungswahn hinzu.

In der Voraussetzung, daß die Geistesstörung durch Mißbrauch von Morphium mit veranlaßt sei, gab man dem Kranken Kalibromat in Dosen von 4,o zwei Monate hindurch ohne Erfolg.

Die Erscheinungen dieses melancholisch - halluzinatorischen Wahnsinns dauerten etwa sieben Monate an und ließen den Übergang in eine sekundäre Seelenstörung befürchten.

Unerwartet trat eine Änderung ein. Die früheren asthmatischen Beschwerden zeigten sich wieder. Der Kranke bekam sehr schwere Dyspnoe, die sich bei Bewegungen verschlimmerte... Sowie das Asthma an Intensität gewann, fing der psychische Zustand an, sich zu bessern. Man konnte den Kranken von seinen Wahnideen abziehen... Nach drei Monaten schwanden die Wahnideen und Halluzinationen gänzlich. Der Kranke erkennt sie klar als solche an und freute sich, endlich von diesem qualvollen Zustand erlöst zu sein. Dagegen gewannen die asthmatischen Anfälle ihre frühere Stärke wieder, so daß nun einzelne ruhige und gute Perioden eintraten, in denen der Kranke umhergehen und sich im Freien erholen konnte. Es trat völlige Genesung ein, und der Kranke wurde nach elfmonatlicher Behandlung entlassen."

Die bisherigen Ausführungen zur Psychosomatik und zu dem Begriff des Psychoms haben eine mögliche psychosomatische und eine somato - psychische Entwicklung im Krankheitsverlauf gezeigt. Zuletzt wurde anhand von Beispielen auf das Abwechseln von somatischen und psychischen Syndromen hingewiesen. Diese Erscheinung wurde schon häufig beschrieben, aber wir fanden bisher noch keine Angaben über deren Häufigkeit.

Definition und Problemstellung

In Ablehnung an GROEN und Mitarbeiter ist unter dem Begriff ' Syndrom - Wechsel' das Alternieren somatischer und psychischer Syndrome so zu verstehen, daß das erste bis zur vollen Entfaltung des zweiten völlig abgeklungen sein muß. Folgende Kombinationen sind theoretisch möglich:

1. somato - somatisches Alternieren z.B. Ablösen eines kindlichen Ekzems durch Bronchialasthma
2. psycho - psychisches Alternieren z.B. akute manische Phase nach einer depressiven
3. somato - psychisches Alternieren z.B. Ulcus duodeni vor einer Psychose
4. psycho - somatisches Alternieren z.B. Dermatitis im Anschluß an eine Psychose

Zwischen unmittelbarer zeitlicher Abfolge zweier Syndrome und einer intervallär - phasischen Verlaufsform wird nicht unterschieden. Auf das Langstrecken-Alternieren im Sinne SPIEGELBERGS wird gesondert hingewiesen.

Unter Syndrom Supression verstehen wir das Abklingen einer Symptomatik bei einer gleichzeitig auftretenden zweiten, z.B. Besserung einer Psychose während eines febrilen Infektes.

Treten zwei Syndrome gleichzeitig auf ohne reziproke Schwankungen in ihrer Intensität, so wird dies als Syndrom Synchronizität bezeichnet.

Die oben definierte Symptomatologie ist abzugrenzen

von seelischen Reaktionen auf dem Boden der durch ein körperliches Leiden bedingten, gesteigerten Reagibilität, von den seelischen Begleiterscheinungen im Sinne von HELLPACHS Psychomen und schließlich von hirnmäßig definierbaren symptomatischen Psychosen.

Die Häufigkeit dieser drei Erscheinungen bei einem unausgewählten Krankengut einer psychiatrisch - neurologischen Klinik ist zu untersuchen. Die Untersuchungen erstrecken sich auf 4oo Patienten, dabei erfolgt eine paritätische Aufgliederung auf psychiatrisch und neurologisch Kranke, auf die Geschlechter und auf die Art der Untersuchung, einerseits durch Exploration und andererseits katamnestisch.

Allgemein Literarischer Ansatz

Unseren detailierten Untersuchungen und Ergebnissen sei ein allgemein literarischer Überblick über die bisher veröffentlichten Ansichten zu diesem Phänomen des Syndrom - Wechsels vorangestellt.

GROEN, BASTIAANS und VAN DER VALK führten 1957 den Begriff ' syndrom shift' ein und beschrieben damit das Vorkommen eines Syndroms oder Syndromatik im Anschluß an das Verschwinden einer anderen Krankheitsmanifestation. Sie legen Wert auf eine enge zeitliche Zuordnung der einzelnen Syndrome. Ein klassisches Beispiel wird in dem Auftreten eines Bronchialasthmas zur Zeit des Verschwindens eines seborrhoischen Ekzems bei Kindern gefunden. Sie weisen auf das Snift im Rahmen der Psychiatrie: Wechsel von Manie und Psychose, auf die unerschöpflichen Syndromabwechslungen bei der Hysterie und schließlich auf die psy-

cho - somatischen und somato - psychischen Shiftformen hin. Bisher beobachtete Syndrome im Rahmen des Shifts werden aufgeführt, und sie bringen ätiologische Momente, auf welche wir in der Diskussion unserer Arbeit näher eingehen werden. Von ihnen stammen ebenfalls die Begriffe der Syndrom - Synchronizität und der Syndrom - Supression. Sie sagen: "Syndrombildung, Unterdrückung und Verschiebung sind Phänomene des Ersatzes, der sich unter dem Einfluß verschiedener Faktoren, biologischer, somatischer, psychologischer und sozialer Natur bildet, die alle integriert sind in des Individuums totaler Persönlichkeit."

KELP spricht von vicariierendem Vorkommen von Asthma und Psychose und sieht in dieser Erscheinung einen neuen Faktor in der Psychogenie der Psychosen.

JUAN.J.LOPEZ IBOR weist auf den phasischen Verlauf vieler dieser Erkrankungen hin und sieht darin eine mögliche Annäherung an die endogenen cyclothymen Krankheiten. Er sagt: "..neige ich dazu, all diese Störungen in den cyclothymen Kreis einzuschließen." Dabei widmet er besonders seine Aufmerksamkeit der Variation der Symptome. "Wie man es mit einer gewissen Häufigkeit sieht, ein Kranker, der in seiner Jugend ein Ulcus hatte, später eine Migräne bekommt, ein Asthma, ein Ekzem oder Schwindelanfälle .." Anhand dieses Phänomens der Variation der Symptome zieht er die Spezifität der psychosomatischen Persönlichkeit in Frage. Er macht die Notwendigkeit einer langen Beobachtungszeit für das Erkennen der 'Transportabilität' deutlich. Hierzu schreibt er in seinem Handbuchbeitrag: "Aber oft stößt die Verbindung eines bestimmten Organs mit einem bestimmten Konflikt auf eine klinisch eindeutige Tatsache: die Transportabilität, um es so auszudrücken, vieler psychosomatischer Störungen.

Ein Kranker leidet zu einem bestimmten Zeitpunkt seines Lebens an Asthmaanfällen, zu einem anderen an Schwindel oder einer Depression. Wenn man die Krankengeschichte im ersten Abschnitt abbricht, denkt man an das Asthma als psychosomatische Krankheit, aber nicht, wenn man versucht das Leben dieses Kranken zu verfolgen und seine krankhaften psychosomatischen Manifestationen im Zusammenhang zu interpretieren, so verschieden sie auch sein mögen."

SPIEGELBERG verwendet den Begriff des alternierenden Vorkommens und unterscheidet auf Grund eigener Kasuistik drei verlaufsmäßige Kombinationen.

1. Lang- oder kurzphasisches Alternieren körperlicher und psychotischer Symptomatik
2. gleichzeitiges Vorkommen
3. Auftreten bestimmter körperlicher Geschehnisse - wie Angina pectoris, Myocardinfarkt oder Nierenkolik - zu Beginn psychotischer Phasen oder Schübe.

In zwei Arbeiten zu diesem speziellen Thema bringt er eine eindrucksvolle Kasuistik und umfangreiche Literaturhinweise. Er begründet die Notwendigkeit einer Einbeziehung der Psychopathologie der Psychosen in die Diskussion der psychosomatischen Krankheiten. Echte pathogenetische Beziehungen zwischen Organneurosen und gewissen organischen Erkrankungen des Magens und des Herzens zu den Psychosen des manisch - depressiven Formenkreises, so wie HANSEN sie vom Bronchialasthma vermutet, werden für möglich gehalten.

KRAINES weist auf die Ersatz- und Ergänzungsbeziehungen hin, die zwischen Magenulcus und endogener Depression bestehen. Er hebt unter anderem den jahreszeitlichen Charakter beider Krankheiten hervor und meint, daß sie beide aus Funktionsstörungen im Hypothalamus entstehen.

Mehr als 7o % seiner manisch - depressiven Patienten hatten Magen-Darm-Symptome, 3 % hatten röntgenologisch nachgewiesene Geschwüre, aber ein bedeutend höherer Prozentsatz hatte Ulcussymptome früher gehabt.

BÜRGER - PRINZ und WINZENRIED prägten den Begriff des Feldwechsels und meinen damit, daß der Krankheitsvorgang, der der Phase zugrunde liegt oder der sie repräsentiert in seiner ganzen Breite unterschiedliche Bereiche beschlagnahmt oder befällt oder zu seiner Darstellung benützt.
Sie betonen den häufigen periodischen Verlauf der sogenannten psychsomatischen Erkrankungen, wobei sich nicht selten eine Phase im Sinne einer Psychose deutlich ausprägt.

WINZENRIED betont gesondert, daß der Feldwechsel sich häufig in einer Zeit lebensphasisch bedingter biologischer Labilität vollzieht.

In einer Untersuchung bei fünfzig chronischen Urticaria-Patienten fand er noch zusätzliche funktionelle bzw. chronisch rezedivierende körperliche Befindungsstörungen, sowie auch phasisch verlaufende vitale Depressionen. Er sagt: " Trotz der klinischen Mannigfaltigkeit der Krankheitsabläufe stimmen sie überein in ihrem periodischen, von den Außenfaktoren weitgehend unabhängigem Auftreten, ihrem phasenhaften, umweltstabilen Verlauf und ihrer Richtungsprognose - im Längsschnitt ein echtes psychosomatisches Geschehen, das unabhängig ist von exogenen, pathogenetischen Faktoren, sondern bei dem hauptsächlich endogene rhythmische Vitalabläufe in den Vordergrund der ätiologischen Betrachtungsweise zu treten haben.
Winzenried fand bei diesen Untersuchungen eine Mehrzahl von alternierenden Verlaufsformen bei Urticaria

und Verstimmungszuständen gegenüber dem synchronen Auftreten.

JAKOBOWSKY wirft die Frage auf, ob es körperliche Krankheiten sind, die in derselben Weise entstehen und durch dieselben biologischen Mechanismen, wie endogene Depressionen, aber die lediglich der psychischen Symptome ermangeln. Mit anderen Worten: ob es somatische Äquivalente im engsten Sinne des Wortes gibt. Er meint, daß es solche gäbe und bringt eigene Beobachtungen für Symptomalternierungen und zwar eine Frau, die zunächst in jedem Frühling schwere Magensymptome hatte und nach der Menopause anstatt dessen eine endogene Depression regelmäßig jeden Frühling.

JORES berichtet von der erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung eines Falles von Herzphobie. Nach Abschluß der Behandlung konsultierte der Patient ihn erneut und klagte über Schmerzen, die im ganzen Bein, entlang dem Verlauf des Nervus ischiadicus folgend , auf der linken Seite bestanden. Die nach kurzer Zeit aufschießenden Bläschen bestätigten die Verdachtsdiagnose eines Herpes zoster. Die Therapie erfolgte somatisch, wobei zu erwähnen ist, daß der Patient frei von Angst und quälenden Gedanken war, die er zuvor hatte. Nach erfolgreicher somatischer Therapie war der Patient dann beschwerdefrei.

RICHTER stellt die Hypothese auf, die Herzneurose könne zur Abwehr einer Depression dienen und psychodynamisch als eine Vorstufe dieser Krankheit betrachtet werden. Von KULENKAMPF werden hierzu klinische Argumente angeführt.

Depressive Syndrome bei chronisch internistischen Erkrankungen werden von FREYBERGER am Beispiel der Adipositas und der Colitis ulcerosa analysiert.

Von TEITELBAUM wurden eine beträchtliche Anzahl neurologisch - psychosomatischer Krankheitsverläufe beobachtet.

Von psychotischen Erscheinungen bei Epileptikern berichten TELLENBACH und K. SCHNEIDER. Tellenbach schildert unter anderem einen Fall von einem 23. jährigen Patienten, der seit seinem sechsten Lebensjahr an epileptischen Anfällen - teilweise 1oo pro Tag - litt. Unter einer antikonvulsiven Therapie trat ein Grand mal nicht mehr auf, wohl aber gruppenweise gehäufte Absencen. Außerdem kam es aber zu einer deutlichen Wesensveränderung mit Auftreten paranoider Züge und Wahnwahrnehmungen. Nach Absetzen der antiepileptischen Therapie wurden drei Grand mal kurz hintereinander beobachtet, die paranoide Produktivität ging jedoch wesentlich zurück; sie lebte deutlich wieder auf, als die alte hochdosierte Behandlung angewendet wurde.

Bei drei weiteren Patienten wurde eine ähnliche Verlaufsform beobachtet, ebenso bei einer Gruppe von fünf Patienten, diemohne Petit mal - Prodrome von Anbeginn Aufwachepileptiker waren.

Zur nosologischen Problematik der Halluzinosen nach Asthmamitteln sagt BÜSSOW, daß sie offenbar die gleiche sei, wie bei den Halluzinosen nach Alkohol-, Weckaminen-, und Coffeinmißbrauch.

Während psychotherapeutischer Behandlung sahen APPEL und ROSEN Syndromvariationen; als auffällige Gemeinsamkeit ihrer Fälle werten sie den Wechsel zwischen den Intensitätsschwankungen am Beispiel einer rheumatischen Erkrankung und einer phasischen Psychose mit paranoider Symptomatik bei einer psychopathologisch veränderten Patientin. Sie meinen, daß ein

reziprokes Verhältnis zwischen den sogenannten 'physikalischen Manifestationen' einer psychosomatischen Erkrankung und der psychologischen Manifestation einer psychiatrischen Erkrankung besteht.

SEITZ folgert aus den Beobachtungen bei seinen Patienten, daß psychodynamisch äquivalente Symptome die ersten Somatisierungserscheinungen verdrängen können. In der Hypnose gelingt es ihm, die bestehenden Symptome dreier Patienten zu unterdrücken. Als Ersatzsymptome bei einem hysterischen Tremor der Hände und Arme traten unter anderem einmal Torticollis, ein anderes Mal Erbrechen und hartnäckige Cephalgien auf; als Ersatzsymptome einer Adipositas sah er depressive Verstimmung, Herpes zoster, symptomatische Pädophilie, Cholelithiasis, Urticaria, paranoide Symptomatik und ekzematöse Dermatitis im Gesicht.

STOKVIS und Mitarbeitern ist es ebenfalls gelungen, durch Anwendung der Hypnose psychsomatische Erscheinungen zu unterdrücken, solange, bis schließlich der betreffende Kranke psychotische Manifestationen aufwies.

Serienuntersuchungen bei Colitis ulcerosa - Kranken führte Spiegelberg durch und fand, daß in einer Minderzahl die Dickdarmläsion monosymptomatisch vorkommt. Neben somatischen und psychosomatischen Beziehungen fand er bei 22 von 26 untersuchten Kranken psychiatrisch neurologisch pathologische Befunde.

Zusammen mit KOWALSKY ist er der Frage eines artefiziellen Syndrom - Wechsels bei zwölf Gastrektomierten mit ca. fünfjährigen Katamnesen nachgegangen. Fünf mal traten psychopathologische Syndrome auf, teils endogen - vegetative Bilder mit meist allerdings beunruhigent ängstlichen Komponenten. Zwei mal fand sich

ein Syndromwechsel im Bereich des somatischen Feldes, einmal traten Cephalgien und in einem anderen Fall Bronchialasthma auf.

Dieselbe katamnestische Methode führte SPIEGELBERG zusammen mit PUHL an acht wegen Colitis ulcerosa Kolektomierten durch. Die Ergebnisse sind im wesentlichen analog denen, die sie bei den Gastrektomierten gewonnen haben.

Von zehn gastrektomierten Patienten entwickelten sechs eine depressive Symptomatik. Zu diesem Ergebnis kommen REGAN und ROWE. Sie entsprechen damit ungefähr den Ergebnissen Spiegelbergs.

Einzelfälle

Im Rahmen von Neurosen sind Syndrom - Variationen häufig, jedoch selten in dieser Brillianz zu beobachten, wie in unseren ersten beiden Fällen.

Fall 1.

Kr.Bl.Nr. 503/67 A.G., 36 jähriger Werkzeugmacher

Familienanamnese: Der Vater ist mit 53 Jahren durch Suicid - E 605 - verstorben. Er sei einige Male wegen homosexueller Delikte verhaftet gewesen und habe sich wiederum in Schwierigkeiten befunden; deshalb habe er Selbstmord begangen. Die Eltern seien seit 1950 geschieden. Der Vater lebte in den letzten neun Jahren vor seinem Tod von der Familie getrennt, er habe zuletzt keinen festen Wohnsitz gehabt und sei auch keiner regelmäßigen Arbeit mehr nachgegangen. Er sei in seiner Persönlichkeit ein harter, sehr strenger und zu den Kindern und der Ehefrau grober Mann gewesen, er habe oft sehr heftig und jähzornig werden können

und die Kinder dann wegen Kleinigkeiten angebrüllt und geschlagen.
Die Mutter ist 58 Jahre alt, gesund; sie wird von dem Patienten als zurückhaltende, jedoch offene und dabei aufgeschlossene Frau geschildert. Ein älterer Bruder sei gesund, ebenfalls die beiden jüngeren Schwestern, jedoch habe die eine mehrere Jahre lang unter Durchfall gelitten.

Eigenanamnese: Die Schwangerschaft sei unauffällig gewesen, während der Geburt habe er angeblich Fruchtwasser geschluckt, sonst sei ihm nichts wesentliches bekannt. Mit dreieinhalb Jahren fing er an zu stottern, dies hätte langsam - besonders während der Schulzeit - zugenommen und zum Teil zu einer völligen Sprachhemmung geführt. Er habe unter fremden und besonderen Belastungssituationen zum Teil überhaupt nicht sprechen können. Die Masern verliefen bei ihm komplikationslos, im zehnten Lebensjahr wurde er wegen einer Otitis media am linken Ohr operiert. Während der Schulzeit habe er häufig an 'Magendarmkatarrh' gelitten und hätte häufig wegen Erbrechen, das vorwiegend bei Hitze und nach längerem Stehen auftrat, fehlen müssen.
Bis zum 11. Lebensjahr Enuresis nocturna; Daumenlutschen bis zum 5. Lebensjahr.
1958 Appendektomie, 1962 Tonsillektomie
Seit dem 21. Lebensjahr leidet er an Migräne, nachdem das Stottern nach zweijähriger psychotherapeutischer Behandlung aufgehört hatte. Die Migräneanfälle kamen etwa zwei bis dreimal im Monat, sie begannen mit Flimmern vor beiden Augen, Übelkeit,'Schwarzwerden', Erbrechen und starken Kopfschmerzen beiderseits frontal. Seit 1955, nach dreijähriger Dauer, traten keine Migräneanfälle mehr auf.
1959 Heirat; er habe mit seiner Ehefrau einmal vor der Hochzeit versucht, den Geschlechtsverkehr auszuführen.

Nach der Hochzeit sei es zunächst für drei Monate nicht zu einem regelrechten Geschlechtsverkehr gekommen, bis sich durch eine gynäkologische Untersuchung herausstellte, daß eine Operation des Hymen bei der Frau vorgenommen werden mußte. Seitdem sei seine Frau frigide. Es sei zwar zu regelmäßigem Geschlechtsverkehr gekommen, jedoch habe die Frau nur einmal einen Orgasmus gehabt, während sie sonst inaktiv und desinteressiert an dem ehelichen Verkehr gewesen sei. Sie habe keine Kinder gewollt. Wegen der geschlechtlichen Unstimmigkeiten kam es zu erheblichen ehelichen Spannungen. Nachdem der Vater der Ehefrau, zu welchem sie eine sehr starke Bindung hatte, verstarb, lehnte sie jeglichen Verkehr ab und lebte zurückgezogen. Der Patient wurde in dieser Zeit aufgeregter und unruhiger, insbesondere dann, wenn sie von einer möglichen Scheidung sprach.

Seit September 1959 - etwa ein halbes Jahr nach der Hochzeit - traten heftige, kolikartige Leibschmerzen auf; in den ersten vier Wochen setzte er ca. acht bis zehn mal täglich dünnflüssigen Stuhl ab, in der folgenden Zeit drei bis vier mal täglich. Beschwerdefreie Intervalle dauerten nie länger als drei bis vier Wochen, einmal sechs Wochen.
Zweimal wurde er deswegen stationär in einer Nervenklinik behandelt und machte 1963 und 1964 jeweils eine sechswöchige Kur.
1966 wurde er zweimal stationär internistisch durchuntersucht: es fand sich kein Anhalt für eine Colitis ulcerosa.
Zu seiner sozialen Entwicklung konnten wir erfahren, daß er in unharmonischen Familienverhältnissen aufgewachsen sei und während der Schulzeit wegens seines Sprachfehlers häufig 'gehänselt' wurde. Er sei damals sehr unruhig, ängstlich und zappelig gewesen. Nach

der Schulentlassung absolvierte er eine Maschinenbaulehre regelrecht und bereitete sich nach der Gesellenzeit auf die Meisterprüfung vor. Er konnte sich jedoch nicht zum Ablegen der Prüfung entschließen.

Primärcharakterlich schildert der Patient sich als ein von Kinheit an nervöser, unruhiger und unausgeglichener Mensch; er sei sehr ernst veranlagt, nehme alles sehr tragisch und schwer und grüble viel. Zu anderen Menschen fände er schwer Kontakt, gedanklich beschäftige er sich immer mit sich selbst. Hobbies habe er keine.

Während unserer klinischen Beobachtung hatten wir den Eindruck, daß der Patient seine Darmtätigkeit außerordentlich beobachtet und die Störungen gewissermaßen hegt und pflegt.

Fall 2.

Kr.Bl.Nr. 84/65 - Katamnese -
W.T., 56 jähriger Studienrat

Familienanamnese: Sie ist unauffällig; eine familiäre Belastung mit Erbkrankheiten, insbesondere Nervenkrankheiten ist nicht feststellbar.

Eigenanamnese: Der Geburtsverlauf sei normal gewesen, an Kinderkrankheiten habe er Windpocken gehabt, gelegentlich habe er Infektionen der oberen Atmungswege. Während seiner Seminarzeit sei er verunglückt und habe sich eine Distorsion des linken Sprunggelenkes zugezogen.
Sozialer Entwicklungsgang: Er sei sechsjährig eingeschult worden, nach vier Jahren Volksschule wechselte er auf ein Gymnasium über und legte 1931 die Reifeprüfung ab. Seine Leistungen seien durchschnittlich bis gut gewesen.
Zunächst nahm er das Studium der Zahnmedizin auf, dann wechselte er zur naturwissenschaftlichen Fakultät und

und studierte Mathematik, Chemie und Physik. 1939 legte er das Examen ab und wurde anschließend gleich zum Militärdienst einberufen. Die militärische Zucht habe er von Grund auf verabscheut, sowie er auch heute noch jede Erziehung zur Unterwürfigkeit ablehne. Nach dem Kriege habe ein halbes Jahr lang alles für ihn daniedergelegen, er habe sich dann jedoch wieder gefangen und das pädagogische Studienseminar in Halle besucht. Dort legte er 1947 die Eignungsprüfung für den Schuldienst ab. Kurzfristig unterrichtete er anschließend an einer Oberschule in Sachsen Anhalt, bis er 1948 nach Westdeutschland flüchtete. Nachdem er mehrere Jahre lang an verschiedenen Privatschulen unterrichtet hatte, gelang es ihm - nach erfolgreichen Besuchen von Studienseminaren - eine Anstellung 1958 als Studienassessor zu bekommen. Es stellten sich nach geraumer Zeit Schwierigkeiten beim Unterrichten und Führen einer Klasse ein, welche zu zahlreichen kritischen Äußerungen seiner Vorgesetzten führten: so habe er im Jähzorn und über Gebühr Schüler ungerechtfertigt geschlagen, sei hypochondrisch veranlagt und isoliere sich von Schülern und Kollegen. Eine persönliche Auseinandersetzung mit seinem unmittelbaren Vorgesetzten, wobei ihm angedeutet wurde, daß seine Ernennung zum Studienrat durch sein Verhalten gefährdet sei, bedingten bei ihm einen ersten Nervenzusammenbruch. Er habe damals über eine Woche gebraucht, bis er sich wieder gefangen hätte. In dieser Zeit sei er vollständig verzweifelt gewesen, Abgeschlagenheit und starke Mattigkeit hätten ihn körperlich insuffizient gemacht und er habe resigniert. Außerdem habe sich ein Ekzem an den Innenseiten der Oberschenkel entwickelt, das in seiner Lokalisation und Form dem Ekzem ähnlich sei, welches er in den Nachkriegsjahren

bereits einmal gehabt habe.
Er nahm seine Arbeit wieder auf und das Ekzem heilte ab. Eine ungünstige Beurteilung und die Anordnung, seine Unterrichtsvorbereitungen schriftlich zu fixieren waren der Anlass zu einem erneuten Nervenzusammenbruch. Im Anschluß daran bekam der Patient Magenbeschwerden, eine Gastritis wurde diagnostiziert, und es bildete sich erneut ein Ekzem.
1964 wurde der Patient zum Studienrat ernannt.

Primärcharakterlich schildert der Patient sich als ruhig und zurückhaltend, er gehe besonderen Schwierigkeiten gerne aus dem Wege. Kontaktmäßig biedere er sich nicht an und halte sich zurück, wenn er in eine Gruppe gerate, die kein besonderes Verständnis für ihn aufbringe. Ausschließlich mit seiner Mutter könne er sich über persönliche Probleme unterhalten. Aus verschiedenen Gründen, wirtschaftlicher und zeitlicher Art, könne er nicht heiraten. 23 jährig habe er eine einmalige nähere Verbindung zu einem Mädchen gehabt. Zur Pedanterie neige er nicht, er bemühe sich nur um Pflichterfüllung.

Diagnostisch handelt es sich bei diesem Patienten um eine abnorme Persönlichkeit mit Neigung zur abnormen Erlebnisreaktion.

Im Rahmen einer psychopathologisch - neurotischen Persönlichkeitsentwicklung kam es im Anschluß an starke Belastungsproben zur Bildung von Ekzemen.

Es wird nun von Patienten berichtet, die somato - psychische Verlaufsformen eines Syndrom - Wechsels zeigen.

Fall 3

Kr.Bl.Nr. 1041/66 H.R., 32 jähriger Patient, ohne Beruf

Familienanamnese: Der Vater, ein 71 jähriger, praktizierender Landarzt, sei gesund, die Mutter sei 61 jähr. an einem Lebercarcinom verstorben. Sie habe mehrfach psychotische Episoden durchgemacht, wohl mehr vom endogenen - depressiven Typ, und sei deshalb auch wiederholt stationär behandelt worden. Eine solche klinische Behandlung wurde 1964 in unserer Klinik durchgeführt, und es wurde damals diagnostisch ein reaktiv ausgelöster, katatoner Erregungszustand angenommen. Ein Vetter der Mutter des Patienten sei wegen wiederholter schizophrener Schübe in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus behandelt worden. Zwei Schwestern des Patienten seien verheiratet und beide seien gesund.

Eigenanamnese: Die Schwangerschaft und die Geburt seien unauffällig gewesen. In den ersten Lebensmonaten sei wiederholt ein starkes Säuglingsekzem aufgetreten. Im Alter von fünf oder sechs Jahren sei erstmals ein starkes Bronchialasthma aufgetreten, das sich bis zur Pubertät mehrfach wiederholt habe. 1939 Diphtherie, 1952 Pfeiffer'sches Drüsenfieber, 1959 Serumkrankheit im Anschluß an eine Tetanusinjektion.

Sozialer Entwicklungsgang: nach vierjährigem Volksschulbesuch ist der Patient 1944 in die Oberschule übergewechselt, in der Obersekunda sitzengeblieben und hat nach einem Schulwechsel 1956 ohne Schwierigkeiten das Abitur absolviert. Er nahm dann das Studium der Medizin auf und habe 1959 das Physikum abgelegt - die Prüfungen in Physiologie und physiologischer Chemie habe er nach einem Semester repitieren müssen. Nach vorübergehenden Studienaufenthalten in Freiburg und

Kiel, Fortsetzung des klinischen Teils des Studiums in Marburg, wo er sich 1962 zum Staatsexamen meldete. Bereits im ersten Fach, Pathologie, habe er die drei Präparate nicht erkannt, nachdem er auch im zweiten Fach versagt habe, konnte der Vater die Annulierung des Exsamens erwirken. 1963 unternahm der Patient einen erneuten Versuch das Staatsexamen abzulegen; Kopfschmerzen und allgemeines Unwohlsein haben ihn am Arbeiten gehindert, und er ist nicht angetreten. In dieser Zeit starb die Mutter des Patienten, was ihn merkwürdig wenig tangiert habe.

Ein Versuch, sich zum Staatsexamen an der medizinischen Fakultät in Freiburg zu melden, scheiterte; der Patient erschien wenige Tage nach der Abreise wieder zuhause und erkärte, Freiburg gefalle ihm nicht mehr, und er fände dort keine Ruhe zur Arbeit. Auf massiven Druck des Vaters hin entschloß er sich, es noch einmal in Kiel zu probieren; gleich in Pharmakologie versagte er und fuhr, weil er es vor Heimweh nicht mehr habe aushalten können, nach Hause. Er war jedoch nochmals zu bewegen, das Staatsexamen fortzusetzen; nachdem die Prüfung in Innerer Medizin anfangs erfolgversprechend verlaufen sei, sei er ohne Angabe der Gründe zur mündlichen Prüfung nicht erschienen. Seinem Vater teilte er plötzlich mit, er sei krank, und man möchte ihn nach Hause holen. Nach zwischenzeitlichen Aufenthalten bei seinem Onkel und einer ambulanten Untersuchung in einer Privat - Nervenklinik, war der Patient 1964 erneut bereit, sein Staatsexamen fortzusetzen. Nach wenigen Tagen habe er angerufen, er sei krank und man möge ihn abholen. Daraufhin wurde das Examen endgültig abgebrochen.

Seit dieser Zeit verschlechterte sich das Befinden des Patienten zunehmend: ablehnendes Verhalten mit erheb-

lichen Aggressionsneigungen und allgemeiner Abstumpfung, erheblich antriebsgemindert und zu keiner geregelten Tätigkeit zu bewegen. Aus diesen Gründen hat der Vater schließlich eine gerichtliche Einweisung veranlaßt.

Primärcharakterlich wird der Patient als 'asthenischer Typ' beschrieben, der immer versucht habe, Schwierigkeiten aus dem Wege zu gehen. Er sei leicht lenkbar gewesen, freundlich und hilfsbereit, habe sich von Streichen und Raufereien ferngehalten, habe aber auch nie einen echten Freund gehabt.
Körperlich, neurologisch und internistisch war kein pathologischer Befund zu erheben. Das Elektroencephalogramm sowie der lumbal entnommene Liquor lagen im Normbereich, die Schädelaufnahmen ergaben keinen auffälligen krankhaften Befund.

Diagnostisch handelt es sich um eine Krankheit aus dem schizophrenen Formenkreis im Sinne einer Dementia praecox. Im Längsschnitt kam es spätestens 1962 mit Beginn des Staatsexamens zu einem deutlichen Leistungsknick.

Fall 4

Kr.Bl.Nr. 111/63 - Katamnese -
K.G., 47 jähriger Lokführer

Familienanamnese: Der Vater sei 1922, als der Patient eineinhalb Jahre alt gewesen ist, an einem Herzleiden verstorben, die Mutter sei gesund, ebenso die fünf Geschwister. Im weiteren Erbumkreis ist kein Anhalt für Erb- und Gemütsleiden.

Eigenanamnese: Die Geburt und frühkindliche Entwicklung seien normal gewesen, der Patient kann sich an keine Kinderkrankheiten erinnern. 1953 Arbeitsunfall, 1962 Verkehrsunfall.

Sozialer Entwicklungsgang: Der Patient ist bei der Mutter aufgewachsen und ausschließlich von ihr erzogen worden, weil der Vater schon sehr früh verstorben war. Er habe die Volksschule besucht, ohne sitzengeblieben zu sein. Anschließend habe er eine Maurerlehre gemacht. 1940 wurde er als Pionier eingezogen und geriet 1945 in jugoslawische Gefangenschaft. Dort habe er Ruhr und Fleckfieber bekommen und sei, nachdem er 1946 entlassen wurde, im Lazarett in Göppingen nachbehandelt worden. In einem Braunkohlenbergwerk nahm er eine Stelle als E-Lok-Fahrer an und ist dort seit 1947 ununterbrochen tätig. Seit 1944 ist der Patient verheiratet; dieser Ehe entstammen ein gesunder Sohn und eine gesunde Tochter.

1953 hatte der Patient einen Arbeitsunfall, bei dem er sich ein Hämatom zuzog, das ambulant behandelt wurde. Die anfänglichen Schmerzen haben sich sehr schnell zurückgebildet. Im Frühjahr 1961 habe er erstmalig Herzbeklemmungen bekommen, verbunden mit Angstzuständen und Kopfschmerzen. Er sei drei Monate lang krank geschrieben worden und mußte auch vorübergehend aus dem Lokführerdienst herausgenommen werden. Nach einer Kur im Herbst 1961 fühlte er sich wieder völlig gesund.

Am 7.3.1962 hatte er einen Unfall mit einem Moped, wobei er auf den Rücken fiel. Etwa zwei bis drei Stunden später bekam er akute, heftige Beklemmungsgefühle auf der Brust zusammen mit innerer Unruhe und Todesangst; bis Ende April lag er deswegen im Bett.
Zu dieser Zeit fühlte er sich schlapp, gedrückt und leistungsinsuffizient, anfallsweise traten Herzbeklemmungen mit Schweißausbrüchen und akuter Angst auf. Auch stellten sich im Bereich des Hämatoms, das 1953 komplikationslos abheilte , Schmerzen ein, die seitdem fast ununterbrochen bestehen, von der Brustwirbelsäule her über die linke Schulter ins Herz ausstrahlten, sowie

auch in die linke Seite des Kopfes. Eine internistische Untersuchung erbrachte zu diesem Zeitpunkt keinen pathologischen Befund.

Auf private Empfehlung ließ der Patient sich in einer Klinik chiropraktisch behandeln. Diese Therapie habe ihm Besserung gebracht, jedoch traten danach Magenschmerzen auf. Es wurde klinischerseits ein Ulcus ventriculi diagnostiziert, und der Patient wurde deswegen fünf Wochen lang stationär conservativ behandelt. Einige Wochen lang war er schließlich beschwerdefrei, bis dieselben Rückenschmerzen wieder auftraten, weswegen er zuvor chiropraktisch behandelt worden war. Dabei war er in seiner Stimmung gedrückt, ängstlich und leistungsinsuffizient.
Außerdem klagte der Patient, als er bei uns aufgenommen worden war, über Schmerzen am linken Ohr; bereits früher wurde schon ein Loch im Trommelfell festgestellt. Konsiliarisch wurde hier eine chronische Otitis media mesotympanica mit nierenförmigem Defekt des linken Trommelfells und geröteter Paukenschleimhaut diagnostiziert.

Der Patient schilderte sich primärcharakterlich als recht lebhaft, guter Stimmung, ausgeglichen, aktiv und sehr fleißig. Er sei sehr sportlich und habe verschiedene gute Freunde.

Hier wurde eine endogene Depression diagnostiziert.

Fall 5

Kr.Bl.Nr. 1376/66 K.K., 24 jährige medizinisch - technische Assistentin

Familienanamnese: Die Eltern, sowie zwei ältere Schwestern seien gesund. Eine Schwester der Groß-

mutter mütterlicherseits wurde wegen einer Schwermut längere Zeit nervenärztlich behandelt.

Eigenanamnese: Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Als die Patientin drei Jahre alt war, harmonisierte die Ehe der Eltern nicht mehr, worunter sie heute noch sehr leide. Sie wurde altersentsprechend eingeschult und wechselte nach vierjährigem Volksschulbesuch auf das Gymnasium, welches sie mit der mittleren Reife verließ. Sie sei eine mittelmäßige Schülerin gewesen, nie sitzengeblieben; Hobbies habe sie keine gehabt.

Vom fünfzehnten bis zum siebzehnten Lebensjahr hatte die Patientin eine starke Akne im Gesicht und in den oberen Rumpfpartien.

Anläßlich eines Auslandaufenthaltes erkrankte sie 1959 erstmalig unter dem Bild einer paranoid - halluzinatorischen Psychose. Nach der Behandlung in einer Nervenklinik mit Psychopharmaka und Insulinschocktherapie soll sie voll remittiert sein.

1962 hatte die Patientin eine Erdbeerallergie mit Schwellung der Finger und Hand; eine derartige allergische Reaktion auf Erdbeerpflanzen habe sie später nie mehr gehabt.

1964/65 war sie erneut wegen einer psychotischen Symptomatik in stationärer Behandlung einer Nervenklinik; dort muß es offensichtlich zu einer hochfebrilen katatonen Erkrankung gekommen sein, die durch Elektroschocktherapie und Psychopharmaka nur langsam gebessert werden konnte.

Wir sahen eine Alopecia areata, deren zeitlicher Beginn nicht sicher zu eruieren war.
Wegen eines akuten Erregungszustandes kam die Patientin

stark ideenflüchtig, mit manischem Rededrang, bei dem sie Wortneubildungen bot, in die hiesige Klinik. Sie äußerte wahnhafte Ideen, Verkennungen und war emotional in ihrem Verhalten sehr wechselhaft: von flacher Euphorie zu stuporösen Verhaltensweisen, wie auch in adäquaten Reaktionen. Nach zehnwöchiger Elektroschocktherapie und Behandlung mit Psychopharmaka konnte sie in deutlich gebessertem Zustand entlassen werden.

Entsprechend dem phasenhaften Verlauf mit Vollremissionen wurde die Diagnose einer atypischen, phasenhaften Psychose gestellt.

Fall 6

Kr.Bl.Nr. 1063/66 H.K., 66 jähriger Rentner

Familienanamnese: Der Vater sei 83 jährig, die Mutter 76 jährig an Altersschwäche verstorben. Eine jüngere Schwester sei 32 jährig nach zwei dicht aufeinander - folgenden Geburten gestorben.
Eine Cousine des Patienten mußte längere Zeit über in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden. Weitere Hinweise auf Nerven- und Gemütsleiden im Erbumkreis konnten nicht eruiert werden.

Eigenanamnese: Die Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. In früher Jugend habe er einmal einen Ausschlag gehabt, dreizehnjährig sei er an einer Rippenfellentzündung erkrankt gewesen.
1926 heiratete der Patient; aus der Ehe sind zwei Töchter und ein Sohn sowie dreizehn Enkelkinder hervorgegangen.
1931 habe er Kreislaufstörungen und 'Nervenrheumatismus' gehabt, im gleichen Jahr wurde er wegen einer

Augenentzündung in der hiesigen Universitäts- Augenklinik behandelt.

Sozialer Entwicklungsgang: Der Patient hat die Volksschule als guter Schüler absolviert, anschließend machte er eine Waldarbeiterlehre und hat die Abschlußprüfung gut bestanden. Bis zu seiner vorzeitigen Pensionierung wegen Randzackenbildung an der Wirbelsäule war er ausschließlich in diesem Beruf tätig. Als Rentner hat er noch bis 1962 - neun Jahre lang - in der eigenen Landwirtschaft mitgeholfen. Von diesem Zeitpunkt an sei er ohne geregelte Tätigkeit.

1960 wurde er appendektomiert, Weihnachten 1961 hat der Patient einen Herzanfall bekommen, der durch den Hausarzt erfolgreich behandelt werden konnte. 1962 wurde er stationär in einem auswärtigen Krankenhaus wegen Ulcera ventriculi stationär behandelt.
Nach dieser Behandlung habe er sich in seinem Wesen verändert, er sei gedrückter, ließe sich gefühlsmäßig leichter anrühren,und seit 1963 sei er zunehmend reizbarer und unruhiger geworden; seine Vitalität habe erheblich nachgelassen. Er hat sich erstmalig übertriebene Gedanken und Sorgen gemacht, vorwiegend finanzieller Art.
Im Sommer 1964 war er beschwerdefrei. Im Herbst dieses Jahres verschlechterte sich sein Allgemeinbefinden, er habe alles so tragisch genommen, außerdem traten Magenbeschwerden und Störungen beim Wasserlassen auf. Bei einer urologischen Untersuchung wurde ein leichter Harnweginfekt diagnostiziert. Die Beschwerden wurden übertrieben beobachtet und gewertet, er habe nur nach darüber nachgedacht, sei nicht mehr aus dem Hause gegangen und habe selbst seine Enkelkinder, mit denen er früher gerne gespielt habe, nicht mehr in seiner Nähe ertragen können. Im Mai 1965 wurde er zum ersten

Mal drei Wochen lang stationär in der hiesigen Klinik behandelt.
Unter einer medikamentösen Behandlung mit Valium, Tryptizol und Panzynorm konnte die anfänglich erzielte Besserung gehalten werden, eine plötzliche Verschlechterung führte dann zu einer neuerlichen stationären Einweisung. Bei der Entlassung war der Patient nahezu beschwerdefrei.

Anschließend begab sich der Patient wegen erneuter Miktionsbeschwerden, chronischer Obstipation und Erbrechen in ein anderes Krankenhaus. Dort wurde eine Teilresektion der Prostata vorgenommen; postoperativ bekam der Patient eine Lungenembolie und mußte deswegen längere Zeit stationär behandelt werden. Psychisch sei er zu dieser Zeit völlig unauffällig gewesen.

Geraume Zeit nach der Kliniksentlassung klagte er erneut über Miktionsstörungen, erhebliche Unruhe, Reizbarkeit und Einschlafstörungen; der Appetit habe nachgelassen,und er grüble wieder, ob die Ernte und das Geld reiche. Sein Interesse an der Umwelt war stark reduziert, er war fast ausschließlich auf sich und seine Gedanken fixiert und äußerte Versündigungsideen. Im August 1966 wurde der Patient zum dritten Mal in unserer Klinik behandelt.

Primärcharakterlich sei er ruhig und zugewandt gewesen, er habe leicht Kontakt gefunden und sei ein geselliger Mensch gewesen. Mit seinen Enkelkindern habe er viel und gerne gespielt.

Hier wurde eine phasische, hypochondrische Depression in der Involution mit starker Somatisierungstendenz diagnostiziert. Ausgeprägte Zeichen einer hirnorganischen Unterlegung konnten nicht festgestellt werden.

Fall 7

Kr.Bl.Nr. 280/63 - Katamnese -
H.G., 58 jähriger Schlosser

Familienanamnese: Der Vater sei 82 Jahre alt, gesund noch sehr rüstig, die Mutter sei 65 jährig an einer dem Patienten unbekannten Todesursache verstorben. Ein jüngerer Bruder sei im zweiten Weltkrieg gefallen, ein älterer Bruder sei gesund.

Eigenanamnese: Von seiner Geburt und frühkindlichen Entwicklung kann der Patient keine Auffälligkeiten berichten. Er sei in harmonischen Familienverhältnissen aufgewachsen, bis 1923 habe er die Volksschule besucht, ohne sitzen zu bleiben; eine dreijährige Schlosserlehre habe er mit der Gesellenprüfung abgeschlossen. 1927 mußte der rechte Mittelfinger amputiert werden wegen einer Eisensplitterverletzung.
Da die Arbeitsmarktlage so schlecht zu dieser Zeit war, konnte er nur kurz in seinem Beruf tätig sein. Er wurde Beifahrer in einem Fuhrunternehmen und war anschließend drei Jahre lang Pfleger in den Krankenanstalten in Bethel. Die Aufregungen, denen er als Pfleger von Geisteskranken und Epileptikern ausgesetzt war, hätten ihm so auf den 'Magen geschlagen', daß er lieber wieder seine alte Stelle als Beifahrer antrat. Während der Kriegsjahre war er teils in einer Munitionsfabrik und später bei den Junkers Werken dienstverpflichtet, teils in einer Veterinärkompanie an der Ostfront eingesetzt. 1943 erkrankte er an Fleckfieber, danach wurde er zu einem technischen Bataillon in Darmstadt versetzt. Nach kurzer amerikanischer Kriegsgefangenschaft wurde er im Juni 1945 entlassen. Seitdem ist er als Schlosser in einem

Eisenbahn - Ausbesserungswerk tätig.
1936/37 war er in erster Ehe verheiratet, die Frau sei gestorben. 1937 heiratete er zum zweiten Mal; aus dieser Ehe stammen fünf gesunde Kinder, die alle gut ' eingeschlagen' seien.
Im Frühjahr 1957 hatte der Patient Kopfschmerzen, Herzbeklemmungen und fühlte sich insgesamt nicht mehr so leistungsfähig wie früher. Der Hausarzt verordnete ihm Venostasin; das Allgemeinbefinden wurde besser, jedoch trat ein Hautekzem auf, das etwa drei Monate lang anhielt. Nach Abklingen dieses Ekzems entwickelte sich allmählich eine zunehmende Schlafstörung, innere Unruhe und Herzbeklemmungen mit gelegentlichen Angstzuständen wurden wieder manifest zusammen mit Kopfschmerzen. Er war den Arbeitsanforderungen nicht mehr voll gewachsen und wurde deshalb mit einer leichteren Tätigkeit betraut. Medikamentös konnte die Schlafstörung gut beeinflußt werden. Im Sommer 1958 fühlte der Patient sich subjektiv wohl, war auf keine Medikamente angewiesen und konnte ohne Schwierigkeiten arbeiten. Im Frühjahr und im Herbst der darauf folgenden Jahre kam es regelmäßig zu Schwankungen in seinem Befinden mit innerer Unruhe, Beklemmungsgefühlen, Kopfdruck und wiederholt auftretenden Angstzuständen.

Von Oktober bis Dezember 1961 hatte er ein nässendes Ekzem im Nacken; während dieser Zeit fühlte er sich innerlich ruhig und ausgeglichen.

Seit September 1962 ging es dem Patienten wieder psychisch schlechter;; unter einer Behandlung mit Taraktan klang die Symptomatik ab, jedoch entwickelte sich ein Hautekzem. Dies heilte gegen Ende des Jahres ab und wurde von einem Analekzem abgelöst. - Während dieser Zeit fühlte der Patient sich zwar durch den Juckreiz gestört und mitgenommen, war aber frei von in-

nerer Unruhe und Angstzuständen.

Der Patient wurde zur Klärung der Arbeitsfähigkeit aufgenommen. Er klagte erneut über Beklemmungsgefühle, das Ekzem war weitgehend abgeklungen - es bestand noch ein Eksikkationsekzematid mit blassroten leicht schuppenden Herden am Abdomen und auf dem Rücken und kleinförmiger Schuppung an den Streckseiten der Arme.

Der Patient schildert sich primärcharakterlich als ruhig und verträglich, stimmungsmäßig mehr ernst, aber er könne auch durchaus einmal lustig sein. Die Kontaktaufnahme zu anderen Menschen falle ihm schwer; seine Hobbies seien Gartenbau und Ziegenzucht.

Diagnostisch handelt es sich um endogen - involutive Verstimmungszustände. Bei der Epicutantestung hat sich für Megaphen eine deutliche epidermale Reaktion gezeigt. Eine Testung auf Taraktan und Decentan fiel negativ aus.

Fall 8

Kr.Bl.Nr. 118/65 - Katamnese -
E.A., 41 jährige Hausfrau

Familienanamnese: Die 74 jährige Mutter sei nie ernstlich krank gewesen, sie habe früher perimenstruell öfters, aber auch noch einige Male im Intermenstruum, an Migräne gelitten. Der 64 jährige Vater sei gesund, eine Schwester der Patientin habe eine euthyreote Struma und leide ebenfalls an Migräne.

Eigenanamnese: Die Mutterschwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung waren im Bereich der Norm, als Kind hatte die Patientin Masern und Scharlach, bei den Impfungen seien keine Komplikationen aufgetreten.

1950 Tonsillektomie . 1960 habe sie erstmalig nach einer Grippe Kopfschmerzen gehabt, die in ihrer Qualität ziehend und rückend gewesen seien und im Stirnbereich und der Kiefergegend bestanden hätten. Im März 1961 wurde eine Kieferhöhlenoperation durchgeführt, nach verzögerter Rekonvaleszenz seien keine Kopfschmerzen mehr aufgetreten. In demselben Jahr hatte sich jedoch ein Asthmaleiden eingestellt, mit schrecklichen Hustenanfällen, nach welchen die Patientin immer ' wie erschlagen ' gewesen sei. Zwei Jahre lang hätte sie unter diesen asthmatischen Anfällen zu leiden gehabt. Allmählich haben sich die Beschwerden gebessert,und die Patientin war im Jahre 1964 völlig beschwerdefrei. Im Jahre 1961 hatte sie eine Gallenblasenentzündung mit Koliken, die besonders bei Aufregungen aufgetreten seien.

Über Kopfschmerzen in der derzeitigen Form und Intensität klagt die Patientin seit November 1964. Es sei ein dauernder Schmerz an der rechten Schädelseite, welcher in den letzten Wochen unerträglich gewesen sei. Sie habe oft das Gefühl nach rechts herüber zu fallen, und sie müsse sich ständig etwas aus dem rechten Auge wischen. Bei Aufregungen seien diese Mißempfindungen schlimmer gewesen.
Seit November 1964 träume sie vermehrt, unter anderem von Sektionen und Särgen. Ihr Leistungsvermögen habe entscheidend nachgelassen; da sie Angst habe, krank zu werden, sei sie oft in schlechter Stimmung.

Früher sei sie ein sehr aktiver und robuster Mensch gewesen, ordentlich und übergenau.

Der Vedacht auf einen Tumor konnte ausgeschlossen werden; mit Psychopharmaka und Dihydergot wurde eine gute Besserung erzielt.

Diagnose: endogener Verstimmungszustand mit Somatisierungstendenz, Migräne

Fall 9

Kr.Bl.Nr. 28/65 - Katamnese -
O.W., 58 jähriger Finanzbuchhalter

Familienanamnese: Vater sei 89 jährig an Diabetes mellitus verstorben, die Mutter 78 jährig an Leberkrebs verstorben; sie sei sehr nervös gewesen und habe an einer Art Schüttellähmung gelitten. An dieser Schüttellähmung leide ebenfalls eine Schwester des Patienten. Die Familie neige zu Magenleiden.

Eigenanamnese: Die Geburt und frühkindliche Entwicklung war unauffällig, an Kinderkrankheiten kann sich der Patient nicht erinnern. 1919 mußten wegen einer Sprengkapselverletzung die Endphalangen der Finger II und III abgenommen werden. 1939 erkrankte er an einer Bronchopneumonie.
Wegen eines chronischen Magenleidens erfolgte 1951 eine Magen-und Gallenoperation.
Im Dezember 1963 befand er sich in stationärer Behandlung wegen einer Darmblutung.
Im Juli 1964 kam es infolge eines Autounfalles zu einer Schädelverletzung ohne Bewußtlosigkeit jedoch mit mehrmaligem Erbrechen, seit dem Unfall litt der Patient ständig unter Druckgefühl im Kopf links, besonders bei Wetterwechsel.
Nach erfolgreicher Behandlung der Darmblutung 1963 sei er zunehmend nervös und ängstlich gewesen, er litt unter unerklärlicher Angst, oft verbunden mit Schmerzen im Oberbauch, innerlicher Unruhe, so daß er schon häufiger Suicidideen hatte. Es stellte sich ein Nachlassen des Gedächtnisses ein, eine Senkung des Vitalitätstonus, zunehmende Interesselosigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Schlaflosigkeit und ständige Bewegungsun-

ruhe verbunden mit Grübeln, wobei die Beschwerden in den Abendstunden ausgeprägter waren als morgens, außerdem sei er zunehmend rührseeliger und reizbarer geworden und leide unter Konzentrationsschwäche. Seinen beruflichen Aufgaben könne er nicht mehr nachkommen.

Zu seinem sozialen Entwicklungsgang konnten wir erfahren, daß er die Volks- und Handelsschule ohne Schwierigkeiten absolviert habe und später als Kaufmann ausgebildet wurde. Während des Krieges brachte er es bis zum Oberleutnant im Generalstab. Wegen verschiedener Unregelmäßigkeiten im Dienst mußte er nach dem Krieg seine Stellung häufig wechseln und fand zuletzt entsprechend seiner Ausbildung keine angemessene Stellung mehr, sondern wurde als Hilfskraft in einem Betrieb eingesetzt.
Organ - neurologisch konnte kein krankhafter Befund erhoben werden. Das EEG zeigte einen normalen Stromkurvenverlauf ohne Seiten- oder Herdhinweis. Röntgenologisch war der Schädel unauffällig. Die psychologische Untersuchung ergab einen IQ von 102. Es zeigte sich ein Leistungsverlust für Merkfähigkeit, Elastizität und Schnelligkeit. Außerdem neige der Patient dazu, auf Grund hypochondrischer Selbstbeobachtung und eines labilen Selbstwertgefühles, Leistungseinbußen inadäquat zu verarbeiten und neuen Anforderungen kapitulationsbereit und unsicher gegenüberzustehen.

Primärcharakterlich schildert der Patient sich als außerordentlich aktiv und lebenstüchtig.Sein Beruf habe ihm immer sehr viel Freude gemacht.
Von seinem Sohn wird er als 'großer Egoist' geschildert, der sich selbst immer nur gerne im Vordergrund sah. Der Geltungsdrang des Vaters sei durchaus krankhaft. Häufig beginge er finanzielle Unkorrektheiten und wurde

deswegen nicht selten fristlos entlassen. Seit drei Jahren hätten seine Charakteranomalien deutlich zugenommen, hinzu komme das Nachlassen des Gedächtnisses. Wegen mangelnder Fürsorge sei die Ehe seiner Eltern nach 22 Jahren geschieden worden.

Unter der Berücksichtigung der Primärpersönlichkeit des Patienten - labiles Selbstwertgefühl, Neigung zur Haltlosigkeit - ist es in der Involution zur psychischen Dekompensation gekommen mit deutlichen Zeichen einer depressiven Verstimmung.

Der somato -somatische Syndromwechsel sei am Beispiel des folgenden Falles demonstriert.

Fall 1o
Kr.Bl.Nr. 527/66 E.P., 32 jährige Hausfrau

Familienanamnese: Der Vater sei 66 Jahre alt, pensioniert und nie ernstlich krank gewesen; die Mutter sei 5o jährig an den Folgen ihres Diabetes mellitus verstorben. An dieser Krankheit leide ebenfalls eine jüngere Schwester. Eine ältere Schwester sei gesund. Im weiteren Erbumkreis konnte kein anderer Anhalt für Stoffwechsel-, Nerven-, und Geisteskrankheiten eruiert werden.

Eigenanamnese: Bei der Geburt sei es zu Komplikationen gekommen: der linke Arm habe über dem Kopf gelegen, so daß man ihn habe brechen müssen. Welche Lage bei dieser Geburt bestand, kann anamnestisch nicht geklärt werden. Die frühkindliche Entwicklung sei unauffällig gewesen, sie wurde sechsjährig eingeschult, sei eine mittelmäßige Schülerin gewesen, und habe nach der Schulentlassung in verschiedenen Familien als Hausgehilfin gearbeitet.

Im August 1952 begann plötzlich ein Asthmaleiden: sie saß in der Kirche, färbte sich blaß, mußte sich in der Bank hochziehen, weil sie glaubte, keine Luft mehr zu bekommen. Später beim Treppensteigen mußte sie drei- bis viermal stehenbleiben, um nach Luft zu ringen. Nachts saß sie stundenlang am Fenster, weil sie Angst hatte zu ersticken. Diese Anfälle traten fast täglich auf und hielten in dieser Intensität vier Wochen lang an. 1953 seien sie immer seltener aufgetreten und seit 1954 gar nicht mehr.
Im August 1954 putzte sie in einem Altersheim, als die erste Episode ihres jetzigen Leidens sich ereignete. Ihr wurde berichtet, daß sie durch das Zimmer, das sie gerade putzte, gerannt sei, sie habe sich im Kreise gedreht und wäre dann hingeschlagen. Über die Dauer dieses ersten Anfalles und die Zeit danach, kann die Patientin keine Angaben machen. Nach vier Wochen ereignete sich ein neuer Anfall, ein dritter nach sieben Wochen. Die Zeit bis Juli 1955 sei anfallsfrei gewesen. Bei einem Anfall im Dezember 1955 zerschlug sie sich die oberen Schneidezähne, bei einem zweiten habe sie sich eine Luxation der Halswirbelsäule zugezogen.

Die Patientin stellte sich erstmalig 1956 in der hiesigen Klinik ambulant vor und wurde auf eine Tablette Comital L eingestellt. Den letzten großen Anfall hatte sie 1964. Seit dieser Zeit hat sie nur noch Zustände ohne Bewußtlosigkeit von zwei Sekunden bis zwei Minuten Dauer, während der sie nicht mehr denken kann, es sei wie ein Krampf im Kopf und Körper, sie höre alles, könne aber nichts begreifen, habe furchtbare Angst und sei anschließend sehr schlapp.

Seit 1964 - der Tod ihrer Mutter fiel in das selbe Jahr - fühle sie sich in ihrem Wesen verändert; ihr

Antrieb sei erheblich reduziert, und sie müsse sich ständig Anstoß geben, obwohl sie an sich gerne arbeite und recht temperamentvoll sei. Ihr Lebensgefühl sei anders geworden, sie habe mehr Hemmungen, könne sich schlechter umstellen und an ein neues Milieu gewöhnen. Die Patientin fühlte sich hin und wieder trauriger als früher, kribbeliger, nervöser und mußte ab und zu grundlos weinen. Dies sei insbesondere in der Herbst- und Frühjahrszeit.

Diagnostisch handelt es sich bei der Patientin um ein cerebrales Krampfleiden mit initial großen Anfällen, sowie Dämmerattacken und Absencen. Außerdem besteht eine bis vor zwei Jahre zurückverfolgbare, blande, endogen depressive Verstimmung.

Internistisch fanden sich außer einer leicht vergrößerten Struma keine Auffälligkeiten. Die Laborwerte - Blutbild, Mineraluntersuchungen, Urinstatus, BSG - waren im Bereich der Norm. Im EEG zeigte sich eine herdförmig umschriebene Krampfaktivität. Bei Kontrollableitungen ließ sich ein unregelmäßiges, leicht allgemeinverändertes Grundelektroencephalogramm mit Einstreuung höher gespannter, unregelmäßiger Theta- und Deltagruppen über temporalen Ableitungspunkten aufnehmen, jedoch ohne krampfspezifische Veränderungen.

Die Röntgen - Schädelaufnahme zeigte eine geringe Schädelasymmetrie und eine Pneumatisationshemmung im Felsenbeinspitzenbereich beiderseits.

Eine gesonderte Form in der Symptomatologie des Syndrom - Wechsels stellt das erste akute, kurzzeitige Syndrom dar.

Fall 11

Kr.pl.Nr. 729/66 A.S., 17 jährige Schülerin

Familienanamnese: Die Großmutter väterlicherseits sei 43 jährig an einem Herzfehler verstorben, der Großvater väterlicherseits an Herzasthma. Die Eltern und drei Geschwister leben und seien gesund. Im weiteren Verwandtenkreis fand sich kein Anhalt für Nerven-, Gemüts- und Erbkrankheiten.

Eigenanamnese: Die Schwangerschaft sei um dreieinhalb Wochen übertragen gewesen, die Geburt jedoch sei normal verlaufen und der Säugling sei weder zyanotisch noch ikterisch gewesen. Mit zwei Jahren mußte die Patientin wegen starker Nervosität mit Luminaletten vorübergehend behandelt werden. Von den Kinderkrankheiten hat sie Masern und Keuchhusten komplikationslos durchgemacht. Mit acht Jahren wurde sie appendektomiert. Zwischen dem achten und zehnten Lebensjahr wurden Nasenpolypen entfernt und die Mandeln geschält. Im Alter von zwölf Jahren wurde ein Herzfehler diagnostiziert.

Im September 1965 habe die Patientin Nierenkoliken gehabt, es wurde ein Stein festgestellt, den man mit der Schlinge entfernen wollte; dies sei aber nicht gelungen. Sie war deswegen vierzehn Tage lang in stationärer Behandlung. Die Beschwerden haben sich gegeben, so daß ein spontaner Abgang des Steines angenommen wurde.

Die soziale Entwicklung war zunächst unauffällig; sechsjährig wurde die Patientin eingeschult, wechselte nach vier Jahren auf ein Lyzeum, welches sie mit Erreichen dermittleren Reife verlassen hat. Sie sei eine gute bis sehr gute Schülerin gewesen, und der Abgang wurde ausdrücklich von ihr gewünscht. Anschließend besuchte

sie eine höhere Handelsschule bis zu den Sommerferien 1965.
Nach der bereits erwähnten Nierensteinerkrankung sei sie erstmalig psychisch verändert gewesen, sie wollte nicht mehr in die Schule zurückkehren, da ihr der Schulbetrieb nicht gefalle, eine angefangene Lehre als Buchhändlerin wurde nach vier Wochen wieder abgebrochen, in ihrem Verhalten wurde sie aggressiver, sie schwankte zwischen übersensiblem Verhalten und traurigen Verstimmungen einerseits und Widersätzlichkeiten andererseits, welche insbesondere zu Differenzen mit der Mutter führten. In der Jugendpsychiatrie wurde eine Pubertätskrise diagnostiziert, wobei auch die Differenzialdiagnose einer beginnenden Psychose gestellt wurde.
Im Juni 1966 wurde die Patientin in verwahrlostem Zustand von der Polizei aufgegriffen und halluzinierte offensichtlich; ihrem abholenden Vater gegenüber äußerte sie, er sei Teilnehmer an einem Autorennen, und sie sei mit der Leitung dieses Rennens beauftragt. Ihre Anweisungen erhalte sie über Lichtsignale von einem Segelflugzeug.
Primär sei sie ein ruhiges Mädchen gewesen, sie habe niemals besonderen Wert auf zwischenmenschlichen Kontakt gelegt. Ihre Pubertätsentwicklung sei völlig anders gewesen als die der älteren Schwester, sie habe keine Jungenfreundschaft gehabt und auch an keinen Tanzvergnügen teilgenommen. Mit zwei Freundinnen habe sie sich jedoch ausgesprochen gut verstanden. Ihr Hobby ist Briefmarkensammeln.

Nach dreiwöchiger Insulinkrampftherapie und Behandlung mit Psychopharmaka konnte die Patientin in gut gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden.

Diagnose: akute endogene Psychose bei einer Jugendlichen

Methode und Material

a) Methode

Die für diese Arbeit verwendeten Untersuchungsergebnisse sind Teile einer größer angelegten psychosomatischen Studie an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Marburg. Eine erste Arbeit in dieser Reihe wird von Rogoll geschrieben. Welters Arbeit ist noch primär kasuistisch orientiert und befaßt sich mit dem Problem der psycho - somato Katagenese (López Ibor) und der somato - psycho Katagenese (Spiegelberg). Auf ihre grundlegenden Ausführungen zur angewandten Methode sei hingewiesen.

Die Forderung nach einer ganzheitlichen Betrachtungsweise vieler Krankheitsbilder wurde bisner sehr häufig gestellt (v.Weizsäcker, Alexander, Jores u.a.). Dies ist bei all den Krankheiten gerechtfertigt, bei denen Persönlichkeits- und Sozialfaktoren ein nennenswert großes Gewicht gegenüber dem eigentlichen Leiden bekommen, und " wenn sie somit in den Wechselwirkungen der Strukturelemente des Patienten gewichtig werden"(Bochnik). Nicht indiziert ist sie dann, wenn im Sinne von Bürger-Prinz die typenbildende Kraft der Krankheit so groß ist, daß die Individualität des Trägers und ihr Sozialfeld dahinter bedeutungslos werden.

Bochnik erhebt für das Krankengut einer psychiatrisch neurologischen Klinik die Forderung nach einer nicht nur isolierenden, sondern resynthetisierenden, ganzheitlichen Grundlagenforschung; - "sie erlaubt, Ganzheitstrukturen theoretisch beliebig exact und komplex zu erforschen. Methodisch gesehen muß diese Grundlagenforschung eine Verbundforschung sein, das heißt, die Vielzahl der bedeutsamen Bereiche muß mit jeweils bereichseigenen Methoden möglichst genau erfaßt und

durch geeignete Syntheseverfahren verbunden, analysiert werden " (Bochnik).

Wir verwendeten für unsere Untersuchungen einen von Bochnik 1964 entworfenen Fragebogen, den Spiegelberg durch dreißig Zusatzfragen ergänzte. Es handelt sich um ein halbschematisches, multifaktorielles Verfahren, dessen Ergebnisse teils aus Meßgrößen, teils aus explorativ gewonnenen Faktoren bestehen.

Wandlungsprobleme in der Explorationstechnik bedingt durch Erfahrungs- und Erkenntniszuwachs in den medizinischen Grundlagenwissenschaften diskutiert Jacob in " Wandlungen, Möglichkeiten und Grenzen der klinisch psychiatrischen Exploration" (1962) und in "Wandlungen und Probleme der ärztlichen Fragemethoden und -techniken in den klinischen Wissenschaften" (1966). Er skizziert zwei Grundmodelle der Fragetechnik, bei der einen werden geschlossene oder alternative Fragen vom Untersucher gelenkt und stimulieren vornehmlich das Wiedererkennen, auf der anderen Seite sprechen offene Fragen hingegen eher die ungelenkte Erinnerung an. Während früher ausschließlich die geschlossene Fragemethode angewendet wurde, " sieht sich die klinisch - psychiatrische Exploration mehr denn je vor einem sehr offenem und unbestimmten Explorationsfeld, innerhalb dessen sie sich mit der Suche nach möglichen Faktengefügen, mit der Feststellung unbeständiger Zusammenhänge, psychopathologischen ' Faktorenanalysen ' oder gar den bloßen Umschreibungen von Undeutlichkeitszügen begnügen muß."(Jacob). Er charakterisiert die aktuelle klinische Explorationstechnik als ein "Thesen und Methoden ausprobierendes, faktenselektierendes und -vergleichendes Verfahren", das sich von allen "fragemethodisch eingelei-

sigen Vorgehen unter einheitlich beherrschender Ausgangshypothese klar abhebt. Es ist also sowohl ein maximal offenes Verfahren, ohne die Freiheitsgrade anderer Methoden zum beispiel soziologisches Interview zu erreichen, als auch durch die Grundgegebenheiten der Arzt - Patient - Situation im allgemeinen, durch die Notwendigkeit und den Anspruch auf Krankheitsbehebung imspeziellen ein maximal gebundenes und insofern unfreies Verfahren." (Jacob).

Unsere Methode ist eine halbschematische, explorative. Der Fragebogen setzt sich aus 79 Fragen zusammen, die sich in folgende Gruppen aufgliedern lassen.
- siehe hierzu auch beiliegendes Muster -

1. persönliche Daten, wie zum Beispiel Geschlecht, Familienstand, Zahl der Kinder, Beruf, Ausbildung etc.

2. diagnostische und therapeutische Fragen: Entstehungsart, Prognose, Differenzierung der Therapie etc.

3. Aufnahmebefunde und Fakten, die während der stationären Behandlungszeit beobachtet wurden.

4. Fragen zur Primärpersönlichkeit incl. Selbstmord, senile-und Wesens-Änderungen, Auswirkungen auf die Krankheit und deren Verlauf

5. Fragen zur Umweltsituation mit Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Krankheitsentstehung und -verlauf

Außerdem muß zu dem Schwerpunkt des Gesamtleidens, der aus dem Zusammenwirken dreier vieldimensionaler Faktorenkomplexe - Krankheit, Person, Sozialfeld - entsteht, Stellung genommen werden. Bochnik hat dies in einem Dreieck schematisiert dargestellt, wobei die Möglichkeiten einer reinen Zuordnung zu einem Faktoren-

komplex als auch alle Kombinationen gegeben sind.

Die dreißig speziellen Zusatzfragen von Spiegelberg umfassen sieben Fragekomplexe laut beiliegendem Muster.

1. zur Familienanamnese
2. zur differenzierten psychosomatischen Eigenanamnese
3. zur psychiatrischen respektive neurologischen Diagnosenklasse
4. zur speziellen Therapie
5. zu speziellen neurogenpsychologischen Faktoren
6. zu triebodynamisch wirksamen speziellen Einwirkungen in der Kindheit
7. zum Syndrom - Wechsel, Syndrom - Synchronizität, Syndrom - Suppression, psycho - somato und somato-psycho Katagenese incl. wissenschaftlicher oder didaktischer Verwertbarkeit.

Es wurde die zahlenmäßige Verteilung einiger Faktorenkomplexe bei vierhundert Kranken einer neurologisch - psychiatrischen Klinik ermittelt. Um Vergleichsmöglichkeiten zu bekommen,wurde in Prozent umgerechnet, einerseits bezogen auf die Gruppe derer, bei denen Syndrom - Wechsel, - Synchronizität, oder - Suppression beobachtet wurde, und andererseits die Zahl der restlichen, untersuchten Kranken. Die Umrechnung erfolgte mit Rechenschiebergenauigkeit, wobei auf zwei Stellen nach dem Komma ab- beziehungsweise aufgerundet wurde.

Eine endgültige exacte, statistische rechnerische Auswertung aller Faktoren soll elektronisch dann vorgenommen werden, wenn die Untersuchungsarbeiten des Teams abgeschlossen sind. Insofern geben unsere Ergebnisse nur eine Zwischenbilanz wieder.

b) Material

Wir untersuchten unausgewählt 4oo Patienten einer neurologisch - psychiatrischen Klinik. 5o männliche und 5o weibliche neurologisch Kranke, 5o männliche und 5o weibliche psychiatrisch Kranke wurden gezielt exploriert. Sie sind stationär in der Zeit vom April 1966 bis zum Februar 1967 in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Marburg behandelt worden. Die restlichen 5o % der Ergebnisse wurden durch Auswerten von Krankengeschichten aus den Jahren 1962, 1963, 1964,und 1965 gewonnen. Dabei erfolgte dieselbe paritätische Aufgliederung wie bei den Explorationen. 2o% der gesamten Untersuchungen wurden vom Verfasser selbst durchgeführt.

1. Altersverteilung:

	Männer	Frauen
1 - 19 Jahre	2	3
2o - 29 Jahre	39	36
3o - 39 Jahre	45	3o
4o - 49 Jahre	43	46
5o - 59 Jahre	38	34
6o - 69 Jahre	25	43
7o - 79 Jahre	6	7
8o - 9o Jahre	2	1
gesamt:	2oo	2oo

2. Durchschnittsalter: 45,o4 Jahre

Der jüngste Patient war 17 Jahre, der älteste Patient 85 Jahre alt.

3. Berufe:

	Männer	Frauen
Arbeiter incl.Hausfrauen	1o1	1o6
Angestellte	46	62
Beamte	12	6
freiberufl.Tätige	28	18
noch in Ausbildung	13	8
gesamt:	2oo	2oo

4. Schulbildung:

	Männer	Frauen
nicht schulfähig	o	o
Hilfsschule	1	4
Volksschule	159	159
Mittelschule	9	16
Oberschule	9	3
Fachschule	6	5
Universität	16	12
andere	o	1
gesamt:	2oo	2oo

5. Familienstand:

	Männer	Frauen
ledig	64	53
verheiratet	118	126
geschieden	6	5
verwitwet	6	15
geschieden u. wiederverheiratet	3	o
verwitwet u. wiederverheiratet	3	1
gesamt:	2oo	2oo

6. Diagnoseklassen:

a) neurologische Diagnosen:

	Männer	Frauen
cerebrale Anfallsleiden	8	22
cerebrale Gefäßprozesse	13	2o
Tumore des ZNS	5	9
entzündl.Erkrankungen des ZNS u. peripherer Nerven	8	7
hirnatrophische Prozesse	7	4
traumatische Hirnschädigungen	16	2
traum. Verletzungen peripherer Nerven incl.Bandscheibenschäden	6	8
Spinalerkrankungen (funikuläre Myelose, Tabes etc.)	7	6
Erkrankungen des extrapyramidalen Systems (M.Parkinson etc.)	2	1
Entmarkungserkrankungen	7	1o
hirnorganische Prozesse	8	7
ungeklärte Krankheiten	13	4
gesamt:	1oo	1oo

aa) neurologische Nebendiagnosen:

	Männer	Frauen
cerebrale Anfallsleiden	2	1
cerebrale Gefäßprozesse	2	4
entzündliche Erkrankungen des ZNS u.peripherer Nerven	1	o
hirnatrophische Prozesse	2	2
hirnorganische Prozesse	1	1
traumatische Hirnschädigung	o	1
Erkrankungen des extrapyramidalen Systems (M.Parkinson etc.)	1	o
gesamt:	9	9

b) psychiatrische Diagnosen:

	Männer	Frauen
endogene Psychosen	26	42
endogene Psychosen vom schizophrenen Typ	8	6
Manisch-Depressives Irresein	6	6
Manie	7	1
Depression im Klimakterium	o	5
Involutionsdepressionen	17	13
endogen - biologische Verstimmungsbilder	8	8
Alkohol u. Medikamenten - abusus	5	2
psychopathisch neurotische Syndrome	23	17
gesamt:	1oo	1oo

ba) psychiatrische Nebendiagnosen:

	Männer	Frauen
endogene Psychosen	o	3
endogene Psychosen vom schizophrenen Typ	1	o
Manisch-Depressives Irresein	o	o
Manie	o	o
Depression im Klimakterium	o	o
Involutionsdepressionen	2	1
endogen - biologische Verstimmungsbilder	4	6
Alkohol u. Medikamenten-abusus	8	1
psychopathisch neurotische Syndrome	3	o
gesamt:	18	11

c) sonstige Nebendiagnosen:

Hypertonie	8	Adipositas	1
juveniler Hypertonus	1	Anorexia	2
Hypotonie	3	Osteomyelitis	1
funktionelle Kreislaufstörungen	1	Osteoporose	1
Anämie	5	Arthrosis	1
intestinale Beschwerden	2	Diverticulosis	1
Ulcus ventriculi sive duodeni	2	Diabetes mellitus	7
Hauterkrankungen	8	Hypercholesterinämie	2
Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises	4	Blepharitis	1
Erkrankungen der Lunge	2	Glaukom	1
		Klinefelter Syndrom	3
		Acromegaloid	1
		Lues III	1
		Debilität	2
		Dysmenorrhoe	1

Zahlenmäßige Ergebnisse:

1. Altersverteilung:

	Männer	Frauen
1 - 19 Jahre	o	1
2o - 29 Jahre	6	6
3o - 39 Jahre	5	4
4o - 49 Jahre	3	7
5o - 59 Jahre	6	4
6o - 7o Jahre	3	1o
gesamt:	23	32

2. Durchschnittsalter: 44,47 Jahre

Der jüngste Patient war 17 Jahre, der älteste 7o Jahre alt.

3. Gesamtzahl der Fälle mit Syndrom - Wechsel: 45

a) Kernfälle: 32

b) Randfälle: 13

c) Geschlechtsverteilung: 19 Männer, 26 Frauen

Im Einzelnen sahen wir:

1.Syndrom	2. Syndrom	Ursachen
herzphobisches Syndrom	3.Phase einer endogenen DP	endogene, essentielle
Apoplektischer Insult	Involutions-Depression	endogene, essentielle
herzphobisches Syndrom	endogene Depression	endogene, essentielle
Magenresektion wegen chronischer Ulcera	Involutions-Depression	endogene, essentielle
Strumaresektion	endogene Depression	chirurgischer Eingriff
Funktionelle Magen-Darm-Störung	endogene Psychose	endogene, essentielle
Asthma bronchiale	endogene Depression	endogene, essentielle
funktionelle Magenbeschwerden	schwere Adipositas	endogene, essentielle
Magenresektion wegen chron. Ulcera	Involutions-Depression	chirurgischer Eingriff
Nierenkolik	Prozeßpsychose	endogene, essentielle
Asthma bronchiale	Manie	kombinierte psychiatr. Therapie
Manie	Ekzeme, funktionelle Magenbeschwerden	kombinierte psychiatr. Therapie
Lungentuberculose	chronifizierte endogene DP	medikamentös
endogene Depression	Ekzeme	Psychopharmaka
Ekzeme	depressiver Verstimmungszustand	hirnorganischer Abbau

1.Syndrom	2.Syndrom	Ursachen
Ulcus ventriculi	Involutions-Depression	psycho-soziogene
Asthma bronchiale	Prozeßpsychose	endogene, essentielle
Migräne	endogene Depression	endogene, essentielle
Ekzem	atypische, endogene Psychose	endogene, essentielle
Depressiver Verstimmungszustand	Psoriasis vulgaris	endogene, essentielle
endogene Depression	Ekzem	Psychopharmaka
rezediv.Ulcera duodeni	intramedullärer Halsmarkprozeß	endogene, essentielle
Operation wegen Querschnittsyndrom L/5-S/2	halluzinatorische Psychose	chirurgischer Eingriff
Operation wegen Oligodendrogliom	Ekzem am Rücken	chirurgischer Eingriff
Asthma bronchiale	Wesensänderung - zyklothym -	cerebrale
Ekzem	Manisch-Depressives Irresein	endogene, essentielle
Gastritis	Wesensänderung	endogene, essentielle
Asthma bronchiale	genuine Epilepsie	endogene, essentielle
Ulcera ventriculi	genuine Epilepsie	endogene, essentielle
3.Phase einer endogenen DP	Epidermophytie	Psychopharmaka
Magenresektion wegen chron.Ulcera ventriculi	depressiver Verstimmungszustand	endogene, essentielle
Manisch-Depressives Irresein	sehr starke Gewichtszunahme	kombinierte psychiatrische Therapie
Ekzem	Involtions-Depression	endogene, essentielle

1.Syndrom	2.Syndrom	Ursachen
Involutions-Depression	Hautjucken u. Cephalgien	Psychopharmaka
Primelallergie	reaktiv depressive Verstimmung	endogene, essentielle
Hyperthyreote Struma	delirantes Syndrom	Radiojodtherapie
Funktionelle Magenbeschwerden	endogene Depression	endogene, essentielle
Lungen-tuberculose	paranoide Psychose	endogene, essentielle
rheumatische Beschwerden	Involutions-Depression	endogene, essentielle
Ulcus duodeni	chron.rezediv. endogene Verstimmung	psycho-soziogene
Migräne	endogene Depression	endogene, essentielle
Asthma bronchiale	endogene Depression	endogene, essentielle
Ekzeme	endogene Depression	endogene, essentielle
Allergie	Diarrhoe	endogene, essentielle
Ulcus ventriculi	Anfallsleiden	endogene, essentielle

4. Beobachtete Formen des Abwechselns:

   a) somato - somatisch: 7 mal

   b) psycho - somatisch: 7 mal

   c) somato - psychisch: 31 mal

5. Verlaufsformen:

   a) Langzeitverlauf: 7 mal

      - 3 mal objektivierbare Magensymptomatik mit Ulcera, 2 mal Asthma bronchiale, 1 mal Ekzem, 1 mal Migräne -

   b) kurzphasisches akutes Syndrom: 1 mal

   c) kurz- und langzeitiges Alternieren: 37 mal

6. Gesamtzahl der Syndrom - Synchronizität Fälle: 15

a) Kernfälle : 3
b) Randfälle : 12
c) Geschlechtsverteilung: 4 Männer, 6 Frauen

Bei fünf Fällen konnten wir sowohl Syndrom - Synchronizität als auch Syndrom - Wechsel beobachten: zweimal die Kombination zweier Kernfälle, einmal die Kombination zweier Randfälle und zweimal Randfall und Kernfall kombiniert.

In den folgenden Tabellen werden die zahlenmäßigen Ergebnisse der speziellen Gruppe, bei der wir Syndrom - Wechsel oder - Synchronizität beobachtet haben, den Ergebnissen der Gruppe der restlichen 345 untersuchten Patienten gegenübergestellt. Wir wählen als abgekürzte Bezeichnungen: spezielle Gruppe und Kontrollgruppe.

7. Psychosomatische familiäre Belastung:

	spezielle Gruppe		Kontrollgruppe	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
sichere:	0	5	15	17
grobe:	1	4	2	0
gesamt:	10 mal = 18,2 %		34 mal = 9,855 %	

8. Primärcharakterliche Auffälligkeiten:

Bei der Auswertung der Befunde zur Primärpersönlichkeit haben wir uns auf extreme Auffälligkeiten beschränkt. Wir haben eine grobe Zuordnung zu einer von zwei vorwiegenden Charakterstrukturen vorgenommen; die eine ist gekennzeichnet durch primär asthenisch sensitive Züge beziehungsweise 'schizoide' Züge im Sinne von Pedanterie, Kontaktarmut, Einzelgängertum, speziell nach unserem Muster: extreme Kontaktarmut,

sehr geringe seelische Belastbarkeit, sehr labiles Vegetativum und starke Selbstunsicherheit, meist körperlich wenig belastbar und leicht erregbar. Dem gegenüber der primär hyperthyme Mensch, schwungvoll, sehr gut kontaktfähig, seelisch und körperlich gut bis sehr gut belastbar, selbstsicher, von einem stabilen Vegetativum und meist starkem Ehrgeiz.

	prim.psychasthenisch/primär hyperthym psychiatrisch		psychiatrisch	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
spez. Gruppe:	12	8	3	3
Kontrollgruppe:	18	16	27	31

gesamt: 92 mal in der Kontrollgruppe: = 46,o %
26 mal in der spez. Gruppe = 61,8 %

	prim.psychasthenisch/primär hyperthym neurologisch		neurologisch	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
spez. Gruppe:	o	o	o	o
Kontrollgruppe:	5	1o	43	2o

gesamt: 78 mal in der Kontrollgruppe = 39,o %
o mal in der spez. Gruppe = o %

Zur Umrechnung in Prozent muß hier ergänzend angeführt werden, daß sich die spezielle Gruppe in 42 psychiatrisch und 13 neurologisch Kranke aufgliedert.

9. Umweltprobleme:

Hierzu erfolgte eine Aufgliederung in mäßige, massive und grobe Belastung von seiten der Umwelt. Familiäre-berufliche-, Liebes- und Ehekonflikte, sowie Probleme, die durch Entwurzelung und Vereinsamung entstanden und den Patienten schwer belasten, wurden berücksichtigt. Eine mäßige Belastung des Patienten entspricht einer einfachen schweren Umweltproblematik, die massive einer doppelten, und bei der groben hat der Patient in mindestens drei Bereichen schwere Probleme.

Kontrollgruppe:

	psychiatrisch		neurologisch	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
mäßige:	7	14	9	8
massive:	11	17	o	3
grobe :	7	2	1	1
gesamt:	58 mal = 29 %		22 mal = 11 %	

spezielle Gruppe:

	psychiatrisch		neurologisch	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
mäßige :	1	1	o	o
massive:	4	2	1	o
grobe :	3	2	o	o
gesamt:	13 mal = 30,95 %		1 mal = 7,69 %	

10. Familienstand:

Kontrollgruppe:

	Männer	Frauen
ledig	53 = 15,34 %	46 = 13,33 %
verheiratet	108 = 31,31 %	105 = 30,43 %
geschieden	5 = 1,45 %	4 = 1,16 %
verwitwet	6 = 1,73 %	12 = 3,47 %
geschieden und wiederverheiratet	2 = 0,58 %	0
verwitwet und wiederverh.	3 = 0,87 %	1 = 0,28 %

spezielle Gruppe:

	Männer	Frauen
ledig	11 = 20,0 %	7 = 12,73 %
verheiratet	10 = 18,2 %	21 = 38,18 %
geschieden	1 = 1,81 %	1 = 1,81 %
verwitwet	0	3 = 5,46 %
geschieden und wiederverh.	1 = 1,81 %	0
verwitwet und wiederverh.	0	0

11. Sozialniveau:

- Der Durchschnitt wurde mit ca. 800 - 1500 DM monatlich festgesetzt; Nebeneinnahmen wurden berücksichtigt. -

	Kontrollgruppe	spez.Gruppe
unter Durchschnitt:	104 mal = 30,13%	12 = 21,82%
Durchschnitt :	226 mal = 65,50%	41 = 74,55%
über Durchschnitt :	15 mal = 4,34%	2 = 3,63%

12. Wohnort:

	Kontrollgruppe	spez. Gruppe
Dorf	183 mal = 53,04%	24 mal = 43,5o%
Kleinstadt	1oo mal = 28,99%	23 mal = 42,8o%
Mittelstadt	54 mal = 15,65%	7 mal = 12,73%
Großstadt	8 mal = 2,32%	1 mal = 1,81%

13. Selbstmord:

a) Versuche:

	Kontrollgruppe	spez. Gruppe
einen:	36 mal = 1o,43%	4 mal = 7,25%
zwei :	1o mal = 2,89%	3 mal = 5,45%
drei :	4 mal = 1,15%	o
mehr als drei :	o	1 mal = 1,81%
gesamt:	5o mal = 14,47%	8 mal = 14,51%

b) Neigung:

	Kontrollgruppe	spez. Gruppe
verdächtig ohne Äußerung	41 mal = 11,87%	8 mal = 14,54%
ernsthafte S.- Ideen	32 mal = 8,27%	8 mal = 14,54%
theatralische S.- Ideen	13 mal = 3,77%	5 mal = 9,o9%
gesamt:	86 mal = 23,91%	21 mal = 38,17%

14. Berufe:

Kontrollgruppe:

	Männer	Frauen	gesamt%
Arbeiter incl. Hausfrauen:	9o mal = 26,o8%	89 mal = 25,79%	51,87
Angestellte:	43 mal = 12,46%	52 mal = 15,o7%	27,53
Beamte:	1o mal = 2,89%	4 mal = 1,16%	4,o3
freiberuflich Tätige:	24 mal = 6,95%	16 mal = 4,64%	11,59
noch in Ausbildung:	1o mal = 2,89%	7 mal = 2,o3%	4,92

spezielle Gruppe:

	Männer	Frauen	gesamt %
Arbeiter incl. Hausfrauen:	11 mal = 2o,oo%	17 mal = 3o,91%	5o,91
Angestellte:	3 mal = 5,45%	1o mal = 18,18%	23,63
Beamte:	2 mal = 3,63%	2 mal = 3,63%	7,26
freiberuflich Tätige:	4 mal = 7,26%	2 mal = 3,63%	1o,89
noch in Ausbildung:	3 mal = 5,45%	1 mal = 1,81%	7,26

15. Schulbildung:

Kontrollgruppe:

	Männer	Frauen	gesamt %
Volksschule:	143 mal = 41,3o%	134 mal = 39,84%	81,14
Mittelsch. :	9 mal = 2,61%	13 mal = 3,76%	6,37
Oberschule :	7 mal = 2,o3%	3 mal = o,87%	2,9o
Fachschule :	4 mal = 1,16%	3 mal = o,87%	2,o3
Universität:	13 mal = 3,76%	1o mal = 2,89%	6,65

spezielle Gruppe:

	Männer	Frauen	gesamt %
Volksschule:	16 mal = 29,10%	25 mal = 45,45%	74,55
Mittelsch. :	o	3 mal = 5,45%	5,45
Oberschule :	2 mal = 3,63%	o	3,63
Fachschule :	2 mal = 3,63%	2 mal = 3,63%	7,26
Universität:	3 mal = 5,45%	2 mal = 3,63%	9,08

Diskussion

Die Häufigkeit des Syndrom - Wechsels und der Syndrom-Synchronizität wurde bei 4oo Kranken einer psychiatrisch neurologischen Klinik untersucht. Wir fanden diese Syndrome bei insgesamt 55 Fällen = 13,75 %, 45 mal sahen wir Syndrom - Wechsel = 11,25 % , und 15 mal wurde Syndrom - Synchronizität beobachtet, das entspricht 3,75 %.

Eine derartige Untersuchung fanden wir bei Durchsicht der Literatur bisher nicht. Lediglich DÜHRSSEN hat katamnestische Untersuchungen über die Häufigkeit des Syndrom - Wechsels nach psychotherapeutischer Behandlung angestellt und sah bei 845 Patienten dieses Phänomen 15 mal, das entspricht 1,7 %.
" Besonders interessant war dabei, daß wir in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle eine Verschiebung von einer praktisch geheilten Angst oder Herzsymptomatik zur Magensymptomatik fanden. Diese Situation lag in den insgesamt 15 Fällen 12 mal vor. In zwei weiteren Fällen war ebenfalls die Magensymptomatik im Symptomwandel zu verzeichnen, während die Ausgangssymptomatik einmal in migräneartigen Kopfschmerzen und ein zweites Mal in Blasentenesmen sowie Schreibstörungen bestanden hatte. In einem dritten Fall war die ursprüngliche Angstsymptomatik auch geschwunden, es hatten sich aber später diffuse Unterleibsblutungen eingestellt, die auch vom Gynäkologen als neurotisch bedingt angesehen wurden." (DÜHRSSEN).

Von WINZENRIED wurde betont, daß das Alternieren der Syndrome häufiger sei als der synchrone Verlauf; wir können dies bestätigen, und zwar fanden wir das Alternieren drei mal so häufig wie die Synchronizität.

Die Verschiebungsrichtung ist durch Beobachtung zu erfassen und zu beschreiben, Ursachen können vorerst jedoch nur als wahrscheinlich beziehungsweise möglich angenommen werden. SPIEGELBERG hat die möglichen Ursachen, die in der Literatur diskutiert werden - er bezieht sich dabei besonders auf Tabellen von GROEN und Mitarbeiter -, global geordnet und drei große Gruppen gebildet:

a) ursächliche Erklärungen im Rahmen von psychodynamischen sozialpsychologischen Vorstellungen und Theorien

b) Erklärungen psychoanalytisch - psychosomatischer Natur

c) ursächliche Beziehungen zwischen endogenen Psychosen und psychosomatischen Leiden.

Auf detaillierte ursächliche Momente wird im Laufe der Diskussion eingegangen werden.

Unsere Methode ist besonders geeignet, psycho - soziogene und hereditäre Faktoren zu diskutieren. Wir sahen in keinem Fall monosymptomatische psychosomatische Anamnesen. Meistens bestand schon in frühester Kindheit oder im Laufe der Adolescenz ein Ekzem - Fall 3, 5 und 6 - oder ein Asthma bronchiale - Fall 3, 8, 10 -, oder der Patient hatte bereits mehrere psychosomatische Krankheiten in verschiedenen Zeitabständen gehabt. So ist es naheliegend, die Frage einer vermehrten psychosomatischen familiären Belastung zu prüfen. Wir fanden einen relevanten Unterschied von 8,35 % zur Kontrollgruppe. Hierzu ist erwähnenswert, daß bei der speziellen Gruppe sicher und grobe psychosomatische familiäre Belastung zahlenmäßig gleich sind, bei Frauen etwas häufiger, während eine deutliche Verschiebung zugunsten der sicheren Belastung bei der

Kontrollgruppe vorliegt ohne besondere Geschlechtsbetonung. - Die allgemeine Bevorzugung des weiblichen Geschlechts in der Phänomenologie des Syndrom - Wechsels, nämlich 26 Frauen gegenüber 19 Männer, das entspricht einer ungefähren Relation von 3 : 2, soll in diesem Zusammenhang nochmals erwähnt werden.

Um ein Bild von der sozialen Situation und dem psychischen Feld des Krankengutes zu bekommen, haben wir versucht, entsprechende Größen zu vergleichen. Im Bereich des Sozialniveaus wird das durchschnittliche Einkommen gehäuft gefunden, also die Norm betont. Umweltprobleme sind im Gesamten nicht vermehrt in der speziellen Gruppe festzustellen, im Detail zeigt sich jedoch eine mäßige Verschiebung zur groben Problematik durch die Umwelt bei psychiatrischen Patienten der speziellen Gruppe.

Einen deutlichen Unterschied zeigt die Auswertung primärcharakterlicher Auffälligkeiten. In der Kontrollgruppe liegt eine relevante Häufung der primär hyperthymen Charakterstrukturen vor, in der speziellen Gruppe der primär psychasthenischen. Die Zahl der neurologisch Kranke der speziellen Gruppe ist sicherlich zu klein gewesen, um Vergleichsgrößen ermitteln zu können. Es ist also gerechtfertigt , sie von der Auswertung auszuschließen. Bei den psychiatrisch Kranken zeigt sich die bereits oben erwähnte Verschiebung und eine Differenz der primärcharakterlichen Auffälligkeiten von insgesamt 15,8 Prozent. Es ist anzunehmen, daß dieser Unterschied bei der endgültigen elektronischen Auswertung eine noch stärkere Relevanz bekommen wird. Wir hatten den Eindruck, daß die Patienten mit Syndrom - Wechsel vermehrt in unharmonischen Familienverhältnissen aufgewachsen sind, können jedoch, da graduelle Unterschiede schwer zu definieren sind,

mit Vergleichszahlen nicht aufwarten.

In der vergleichenden Altersverteilung wird in der speziellen Gruppe das siebte Lebensjahrzehnt eklatant häufig vorgefunden - 19,7 % gegenüber 23,65 % - , während die zahlenmäßigen Ergebnisse im vierten, fünfter und sechsten Lebensjahrzehnt prozentual niedriger liegen: viertes Lebensjahrzehnt 21,75% gegenüber 16,39%, fünftes Lebensjahrzehnt 25,73% gegenüber 18,2%, sechstes Lebensjahrzehnt 2o,15% gegenüber 18,2%. - Die Männer sind in der speziellen Gruppe häufiger ledig als verheiratet und geschieden und wiederverheiratet, die Frauen häufiger verheiratet und verwitwet. Als Wohnort wird die Kleinstadt - 28,99% gegenüber 42,8% - bevorzugt, bei einem primär ländlichen Krankengut. Bezüglich der Selbstmordversuche konnten wir keine deutliche Verschiebung erkennen, außer vielleicht einer etwas erhönten Neigung zum mehrfachen Suicidversuch, jedoch ist die Selbstmordneigung mit einer Differenz von 15,74 Prozent relevant stärker.
Unter den Berufen ist der des Beamten bevorzugt - 4,o3% gegenüber 7,26% -, ebenso wird der Syndrom - Wechsel bei noch in Ausbildung befindlichen Patienten häufiger manifest - 4,92%gegenüber 7,25% - . In ihrer Schulbildung zeigen sie die Tendenz zur höheren und differenzierteren Ausbildung: Oberschule 2,9% gegenüber 3,63%, Fachschule 2,o3% gegenüber 7,26%, Universität 6,65% gegenüber 9,o8%. Hier wird eine Beobachtung bestätigt, die zunächst primär bei Asthma- und Allergiekranken gemacht wurde, nämlich, daß es sich häufig um intelligente Patienten handele. (HANSEN und unser erster kurz referierter Fall in der Einleitung, außerdem Fall 7 und 11).

Zusammenfassend lassen sich die vergleichenden Ergebnisse unserer Arbeit zur Beschreibung dieser speziellen Gruppe folgendermaßen verwenden: Wir fanden bei diesen Kranken eine altersmäßige Bevorzugung des siebten Lebensjahrzehnts und eine Häufung bei Patienten, die noch in der Ausbildung stehen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die Alterserfassung erst zum Zeitpunkt der klinischen Behandlung erfolgte und der Syndrom-Wechsel meist einige Zeit zuvor statthatte, läßt sich daraus ableiten, daß das Phänomen des alternierenden Vorkommens in der beginnenden Involution und in der Pubertät einen Häufungsgipfel hat, bei einer allgemeinen Betonung des weiblichen Geschlechts.

WINZENRIED hat neben anderen bereits darauf hingewiesen; er sagt: " Wichtig erscheint uns die Tatsache, daß dieser Feldwechsel sich in einer Zeit lebensphasisch bedingter biologischer Labilität vollzieht." Er zitiert H.J.FINK und SCHELDERN und findet als weitere Gemeinsamkeit ein Geschlechtsverhältnis von 3: 1 = Männer : Frauen und eine vermehrte hereditäre Belastung.

Primärcharakterlich herrscht eine hauptsächliche psychasthenische Charakterstruktur vor, bei einer starken Suicidneigung. Die Kranken sind häufiger differenzierte, intelligente Menschen mit entsprechender Ausbildung, ziehen die Kleinstadt als Wohnort vor und betonen in ihrem Sozialniveau ausgesprochen den Durchschnitt.

Mögliche Beziehungen respektive Ursachen für den Syndrom - Wechsel fanden wir bei GROEN und Mitarbeitern, SPIEGELBERG, WINZENRIED u.a. Wir geben sie hier in der gleichen Reihenfolge wie auf unserem Fragebogen wieder, ohne den Anspruch auf endgültige Vollständigkeit zu erheben.

Wahrscheinliche ,beziehungsweise mögliche Ursachen des Syndrom - Wechsels: (SPIEGELBERG)

1. Cerebrale - neurogene Momente können Syndrom - Wechsel verursachen - z.B. Hirnatrophie und Tumore - TEITELBAUM und SPIEGELBERG bringen zahlreiche klinische Beobachtungen hierzu.
2. Psycho - soziogene Faktoren sind zu diskutieren. - Fall 1, 2, 6. - Z.B. schreibt HANSEN von einer Unterdrückung eines asthmatischen Anfalls durch ein psychisches Trauma.
3. Endogen - essentielle Momente beziehungsweise konstitutionelle, genetische Faktoren müssen in den meisten Fällen als ursächlich angenommen werden.
4. Psychotherapie. Hierzu haben wir bereits JORES in der Literaturübersicht zitiert. DÜHRSSEN führte katamnestische Untersuchungen durch, um die Häufigkeit dieses Faktors zu ermitteln. GROEN berichtet u.a von einem Fall einer psychotherapeutischen Behandlung einer Colitis ulcerosa, die typisch psychosomatisch motiviert war und zur funktionellen Inkontinenz führte. Die Therapie mußte abgebrochen werden und infolge einer 'brutalen' ärztlichen Maßnahme (Gummihose) kam es zu einer reaktiven Depression und Selbstmord.
5. Kombinierte psychiatrische Therapie: Psychopharmaka, Elektro- oder Insulinschock, Psychagogik (mindestens zwei davon)
6. Ausschließlich Psychopharmaka - Fall 7 - " Daß durch die medikamentöse Therapie unerwünschte Einflüsse auf die psychodynamische Konstellation eintreten können, wie Verschiebungen, weitere Ver-

drängungen und Ersatzsymptome ist nicht ausgeschlossen," schreibt PFLANZ in'Psychopharmakologie in der Grundlagenforschung der psychosomatischen Medizin'.

7. Chirurgische Eingriffe - speziell Gastrektomie, Kolektomie, Strumektomie, incl. Hirntumoroperationen aber nicht Psychochirurgie -
Fall 9, außerdem sahen wir, wie sich bei einer Patientin nach Ektomie einer euthyreoten Struma wegen Atembeschwerden eine endogene Depression entwickelte. SPIEGELBERG, KOWALSKY und PUHL haben Serienuntersuchungen zu diesem Problem durchgeführt und fanden in einer Mehrzahl der Fälle Manifestationen anderer psychosomatischer Erkrankungen, psychopathologische Syndrome oder endogene Psychosen. Sie haben die Gastrektomie und Kolektomie als Ursachen wahrscheinlich gemacht.

8. Psychochirugie und Eingriffe am Vagus, Sympathicus und Ganglion

9. Sonstige Therapie: z.B. Hormonbehandlung, Cortisone, Bestrahlung und dergleichen.
GROEN beobachtete in zwei Fällen, wie sich nach erfolgreicher Therapie eines Morbus Basedow mit Tiouracil und radioaktivem Jod Rheumatismen entwickelten. Wir sahen nach erfolgreicher Behandlung mit Tuberculostatika in einem Fall eine chron. rezidivierende endogene Depression, in einem zweiten Fall im Anschluß an eine Hyperthyreosebehandlung mit radioaktivem Jod ein delirantes Syndrom, das zum Exitus letalis führte, und in einem dritten Fall einen endogenen Verstimmungszustand nach Hyperthyreosebehandlung.

Bei unseren Fällen hielten wir die folgenden Faktoren als Ursachen für den Syndrom - Wechsel für möglich, respektive wahrscheinlich:

1. cerebral - neurogene	2 mal =	4,49 %
2. psycho - soziogene	2 mal =	4,49 %
3. endogene-essentielle	28 mal =	62,25 %
4. Psychotherapie	o mal	
5. kombinierte psychiatr. Therapie	3 mal =	6,66 %
6. Psychopharmacotherapie	4 mal =	8,89 %
7. chirurgische Eingriffe	4 mal =	8,89 %
8. Psychochirurgie	o mal	
9. sonstige Therapie	2 mal =	4,49 %

HANSEN machte erstmalig auf die Eigengesetzlichkeit solcher Krankheitsabläufe auf Grund seiner klinischen Beobachtung an Allergiepatienten aufmerksam.
" Der doch recht häufig phasenhafte Wechsel von Erkrankungs- und Gesundungszeiten, für den wir oft weder psychische noch organische, auch nicht klimatische Anlässe als führende finden können, verweist unseren Erkenntnisstolz doch immer wieder in die Grenzen zurück, die sich nur durch vorsichtiges und besonnenes Arbeiten werden erweitern, sicherlich aber nicht durch unkritische und überbereitwillige Verwendungen des Psychogeniebegriffes werden überspringen lassen."(HANSEN).

Die Eigengesetzlichkeit im psychodynamischen Ablauf und der psycho - somatische Antagonismus sind die hervorstechenden Beobachtungen bei APPEL und ROSEN. Sie formulieren die Hypothese, daß die Krankheiten dieses Formenkreises mit ihren Verlaufssymptomen gewachsene

Folgen einer früh determinierten Persönlichkeitskonstitution seien. " We are therefore inclined to the further inference that the physical and psychologic manifestations are each expressions of a previously determined constitutional organisation in which, as Freud has shown us, the events of the first few months of life may be a final importance " (APPEL und ROSEN).

BASTIAANS nimmt an, daß das Problem des Syndrom shift mit dem der spezifischen Persönlichkeitszüge eng verwoben ist. Persönlichkeitszüge sollen das somatische Syndrom bestimmen; andererseits kämen die Persönlichkeitszüge in Bündeln oder Gruppen im Individuum vor. Darin sieht Bastiaans den Schlüsselpunkt für das Phänomen des Syndrom shifts. Ein Aspekt des Bündels mag das erste Syndrom verursachen, aber wenn sich diese Krankheit auflöst, aus welchem Grund immer, kann eine Verschiebung des Zuges innerhalb des Bündels ablaufen oder eine Aktivierung eines neuen Bündels geschehen.

Psychodynamisch äquivalente Syndrome können frühere ersetzen. Die artefizielle Bildung von Ersatzsymptomen gelang unter Anwendung der Hypnose F.D.SEITZ, J.KEPECS, DOOR MEYR, dee BOOR-SICCAMA und STOKVIS. Letztere sagen: " Such substitution is possible if the symbolic value of the substituted syndrom is comparable to that of the original complex of symptoms. This phenomenon is of value for a better understanding of the symbolic meaning of psychosomatic syndromes."

KRAINES weist auf die Ersatz- oder Ergänzungssymptome hin, die zwischen Magenulcus und endogener Depression bestehen. SPERLING zeigt psychopathologische Äquivalente zu den somatischen Manifestationen der idiopathischen

Colitis ulcerosa, und bei SPIEGELBERG fanden wir eine reichhaltige Skala von Kombinationen, Überlagerungen und Überschneidungen verschiedener psychischer und somatischer Symptomgruppen bei dieser Krankheit. Auf die klinische Mannigfaltigkeit von verschiedenen Manifestationen bei Urticaria verweist WINZENRIED. Trotzdem sei aber ein phasenhafter,umweltstabiler Verlauf, bei dem hauptsächlich endogen rhythmische Vitalabläufe in den Vordergrund der ätiologischen Betrachtungsweise zu treten haben, nicht zu übersehen.

Das Problem der Periodizität nimmt MENNINGER - LERCHENTHAL auf und bezeichnet es als ein Symptom des vegetativen Nervensystems. Er zitiert STAEHELIN, der die Periodizität ebenfalls zu den vegetativen Symptomen rechnet und in Anlehnung an die Wiener Schule als ein biologisches Urphänomen betrachtet. Sie sei als Dysregulation auf höherer Funktionsstufe aufzufassen und damit als Symptom des zentralen vegetativen Regulationssystems, und sie sei letztlich zurückführbar auf den Antagonismus im vegetativen Nervensystem. Dem zentralen Regulationssystem kommt die Funktion eines Trägers, vielleicht sollte man sagen: eines Bewahrers dieses Urphänomens zu"(MENNINGER - LERCHENTHAL).

Die phasischen und periodischen Krankheitsvorgänge stellen diencephale Dysregulationen dar. Diese kommen im Hypothalamus zustande, denn die Bipolarität des vegetativen Systems ist zentral repräsentiert durch den vorderen und hinteren Anteil des Hypothalamus, dem ersteren ist der Parasympathicus, dem letzteren der Sympathicus zugeordnet. Die Gesamtumschaltung der Reaktionslagen dieser Wirkungsfelder kann nur im Hypothalamus erfolgen. Bei Tonusänderungen dort

können die großen Funktionsbereiche beeinflußt werden: endocrines System, Stoffwechsel und Psyche.

Der Weg von der psychischen Stimulation zu vegetativ - nervösen Begleiterscheinungen führt über das autonome Nervensystem. Ist dieses vom Psychischen her affiziert, so entstehen in ihm Spannungszustände,und das vegetative Nervensystem trachtet durch induktive Tonussteigerungen und Synchronisation der bremsenden Funktionen die Spannungszustände zu beheben. Wenn das nicht gelingt, kommt es zur Krise.
" So können wir uns vorstellen, daß aus dem Psychischen periodisch Krisen auftreten...Indem wir nun das vegetative Nervensystem in diesen psychosomatischen Vorgang einschalten, können wir dieselbe Erklärung...auch für die psychosomatische Entstehung periodischer Krankheitszustände anwenden " (MENNINGER - LERCHENTHAL).

Der Begriff alternierendes Vorkommen (SPIEGELBERG) sowie die hier vorwiegend benützte Bezeichnung 'Syndrom-Wechsel' bezeichnen eine Phänomenologie, die von anderen Autoren mit Syndrom - Shift (GROEN, BASTIAANS und van der VALK), vicariierendes Vorkommen (KELP), Syndromvariation (LÓPEZ IBOR), Feldwechsel (BÜRGER-PRINZ) beschrieben wird.

Syndrom Shift und vicariierendes Vorkommen sind rein phänomenologische Begriffe und bezeichnen das Verschieben beziehungsweise das Wechseln der Richtung; GROEN und Mitarbeiter verwenden ihn im Rahmen einer psychanalytisch - psychodynamischen Hypothese. BÜRGER - PRINZ hat den Begriff des Feldwechsels gewählt." Mit Feldwechsel meinen wir, daß der Krankheitsvorgang, der der Phase zu Grunde liegt, oder der sie repräsentiert, in seiner ganzen Breite unterschiedliche Bereiche beschlagnahmt oder befällt oder

zu seiner Darstellung benützt."(BÜRGER-PRINZ).
Hier ist die Verwendung des Begriffes'Feld'in der modernen theoretischen Physik, in der Soziologie als Feldtheorie von LEWIN und in der nordamerikanischen Psychosomatik als psychosomatische Feldtheorie von GRINKER zu bedenken (SIEGELBERG).

" Um das psychologische Feld angemessen zu charakterisieren, hat man derart spezifische Dinge, wie besondere Ziele, Reize, Bedürfnisse, soziale Beziehungen als auch allgemeinere Eigenschaften des Feldes zu berücksichtigen.... Die Eigenschaften des ganzen Feldes sind in der Psychologie so wichtig wie beispielsweise in der Physik das Gravitationsfeld für die Erklärung von Ereignissen im Rahmen der klassischen Physik. Psychologische Atmosphären sind empirische Wirklichkeiten und sind wissenschaftlich begreifbare Fakten." (LEWIN)

LÓPEZ IBORS Begriff der Syndromvariation liegt eine mehr multifaktorielle Hypothese zu Grunde.

Wir haben die theoretischen Ansätze hier skizziert, ohne uns auf eine spezielle Theorie respektive Hypothese festlegen zu wollen. Der Sinn dieser Arbeit besteht darin,die Häufigkeit des alternierenden Vorkommens an einer psychiatrisch - neurologischen Klinik festzustellen, Faktoren analysierend zu vergleichen und Zusammenhänge zu suchen. Wir entsprechen damit einer mehrdimensionalen offenen Betrachtungsweise.

Zusammenfassung

Einleitend wurde die Entwicklung der psychosomatischen Medizin chronologisch im Hinblick auf unsere Problematik skizziert. Anhand eines von KELP veröffentlichten Falles wurde die Phänomenologie des Syndrom - Wechsels aufgezeigt.
Der Begriff des Syndrom - Wechsels wurde in Anlehnung an GROEN und Mitarbeiter definiert, theoretische mögliche Kombinationen und Verlaufsformen wurden beschrieben.
Von den beobachteten Fällen unserer Untersuchungsserie von insgesamt 4oo Patienten der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Marburg wurden einige ausgewählt und als kasuistischer Teil der Arbeit vorangestellt unter Berücksichtigung des Spektrums, welches wir bei den verschiedenen Variationsmöglichkeiten gesehen haben.
Die von BOCHNIK entworfene Fragebogenmethode, die SPIEGELBERG mit 3o speziellen Zusatzfragen ergänzte wurde in Fragengruppen zusammengefaßt und erläutert. Es wurde besonders auf die Methode eingegangen in Anbetracht der Möglichkeiten in der Explorationstechnik.

Insgesamt wurde eine Häufigkeit des Syndrom - Wechsels von 11,75 Prozent, der der Syndrom - Synchronizität von 3,75 Prozent ermittelt; Syndrom Suppression wurde in keinem Fall beobachtet. Durch zahlenmäßige Vergleiche fanden wir für unsere spezielle Gruppe eine Betonung des weiblichen Geschlechtes, relevante Verschiebungen im Bereich der Primärpersönlichkeit und Selbstmordneigung, eine besondere Betonung des Alters und der Schulbildung.
In der Diskussion wurden mögliche Ursachen referiert, ebenso theoretische Ansätze.

Literaturverzeichnis:

Alexander, F.: Psychosomatische Medizin, de Gruyter Berlin 1951

Appel, J. u. Rosen, S.R.: Psychotic Factors in Psychosomatic Illness. Psychosom.Med.12 (1950) S 236 ff

Bochnik, A.J.: Multifaktorielle klinische Forschung Enke Stuttgart 1964

Bürger-Prinz, H.: Probleme der phasischen Psychosen In:Probleme der phasischen Psychosen.Enke,Stuttgart 1961 .Forum der Psychiatrie

Büssow, H.: Zur Frage der Asthmamittel - Psychosen Nervenarzt 35 (1964), 222-223

Darwin, C.R.: The Expression of the Emotions in Man and Animals. London, J.Murray 1872

Door Meyr, S.M.,de Boer-Siccama en Stokvis,B.: Experimentelle syndromverschuiving in hypnotische toestand. In Nederlandsch Tijdschrift Geneesk 106 (1962),1336-1340

Dührssen, A.:Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Pat. nach analytischer Psychotherapie. Z. für psychosom. Med.8 (1962) 106 ff

Freud, S.: Ges.-Schrift B.I 306 Deuticke Wien 1905

Freyberger, H.: Depressive Syndrome bei chron. intern. Erkrankungen. Ärztliche Forschung XX Jahrgang 4 (1966) 169-176

Groen, J.: Syndrom Shift. The Archives of International Medicine, July 1964 Vol 114,pp. 113-117

Groen, J.,S.J. Bastiaans, J.M.v.d.Valk: Psychosomatic aspects of syndrom shift and syndrom supression.In: Booij.I.ed.Psychosomatics. Elsevier, Amsterdam 1957.Suppl. Psychiat.Neurol. Neurochir. (Amst.)

Halliday, I.L.: Psychosozial medizine, a study of the sick soziety.Norton, New York 1948

Hansem, K.: Asthma bronchiale.Dtsch.med.Wschr.76 (1951), 1165

Hansen, K.: Zur Frage der Psycho- und Organogenese beim allerischen Bronchialasthma und den verwandten Krankheiten. Nervenarzt 2 (1929),633; 3 (1930), 513

Hellpach, W.: zit. bei Stokvis, B.

Jacob, H.: Wandlungen, Möglichkeiten und Grenzen der klinisch-psychiatrischen Exploration. In: Randzonen menschlichen Verhaltens. Stuttgart: Enke 1962

Jacob, H.: Wandlungen und Probleme der ärztlichen Fragemethoden und -techniken in den klinischen Wissenschaften. In: Marburger Universitätsbund, Jahrbuch 1966/67, 269-278

Jores, A.: Über die erfolgreiche Behandlung eines Falles von Herzphobie. Z.für psychosm.Medizin 7 (1960/61) 254

Jakobowsky, B: Psychosomatic equivalents of endogene depression. Acta psychiat. scand. 37 (Suppl.182 (1961), 253-260

Kelp : Asthma und Psychose.(.Vers.d.Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens in Hannover am 1.Mai 1872 Ref.: Allg.Z.Psychiat. 29 (1873) 449

Kelp : Asthma und Psychose. 19 Vers.d.Mitgl.des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens in Hannover am 1.Mai 1885. Ref.: Allg.Z.Psychiat. 42 (1885), 29c

Kissen, D.M.: The significance os syndrom shift and late syndrom assiciation in psychosomatic Medizine. J.Nerv.Ment.Dis. 136 (1963), 34

Kowalsky, H.: Katamnestische Untersuchungen zur Psychosomatik des Ulcus pepticum. Das Auftreten psychischer und körperlicher Symptome nach Gastrektomie. Dissertation Med.Fak.Marburg 1965

Kraines, S.H.: Seasons, Ulcer and Depression.Amer.J. Sostvent 29 (1958), 412

Lewin, K.: Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Huber, Bern 1963

López Ibor, J.J.: Psychosomatische Forschung. In:Psychiatrie der Gegenwart. Heidelberg 1963

López Ibor, J.J.: Vorwort zu U.Spiegelberg: Colitis ulcerosa. Enke Stuttgart 1965

Menninger-Lerchenthal, E.: Periodizität in der Psychopathologie. Maidrich, Wien 1960

Norman, C.: zit. bei Kelp

Pflanz, M.: Psychopharmakologie in der Grundlagenforschung der Psychosomatischen Medizin. Z.für psycnosom.Medizin 6 (1959/60), 27

Puhl, W.: Syndromwechsel nach Kolektomie wegen Colitis ulcerosa. Katamnestische Untersuchungen. Dissertation Med.Fak.Marburg 1966

Regan, J.J.,C.J. Rowe: Psychiatric illness following gastric resertion. Minnesota Med. 38 (1955), 226/7

Richter und Kulenkampf : zit. in Starnberger Gespräche

Schulte, W.: Syncopale Anfälle und Herzphobien als Modelle psychosom. Krankheiten in ihren biographischen und soziologische Zusammenhängen. Klin.Wschr.40 (1962), 1088-1093

Seitz, Ph.F.D.: Substitution of Symptoms by Hypnosis Psychosom. Medicine 15 (1950) 405

Sperling, M.: Psychaitr. Aspekte der ulcerativen Colitis. Z.Psychosom. Medizin 5 (1958) 171

Sperling, M.: Psychoanalytische Studie über einen Fall von chron. Colitits ulcerosa. Z. f. Psychosom. Med. 9 (1963) 15

Spiegelberg, U.: Über Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten. Fortschr.Neurolog.23 (1955), 221

Spiegelberg, U.: Zur Psychosomatic des Ulcus pepticum und der Colitis ulcerosa.In: Befinden und Symptom. Hrsg.v.H.Bürger-Prinz, F.J.M. Winzenried, Schattauer, Stuttgart 1964

Spiegelberg, U.: Colitis ulcerosa. Enke Stuttgart 1965

Spiegelberg, U.: Zur Psychosomatik des Syndrom - Wechsels. Z.f. Psychotherapie u. med.Psychologie 16 (1966) 1 - 13

Stokvis, B.: Psychosomatik. In: Hdb. d. Neurosenlehre u. Psychother. B III Urban & Schwarzenberg München 1959

Teitelbaum, H. A.: Psychosomatic neurology. Grune & Stratton, New York 1964

Tellenbach, H. : Epilepsie als Anfallsleiden und als Psychose. Nervenarzt 36 (1965) 5, S 19o - 2o2

Valk, v.d.J. M.: Clusters of illness and syndrom shifts as observed in clinical practice. Vortrag 1961, London, zit. bei Kissen 1963

Welter, M.: Über das Vorkommen psycho- oder somato traumatischer Krankheitsauslösung im Rahmen neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen (Katage - nese).Dissertation Med.Fak.Marburg (in Arbeit)

Winzenried, F.J.M.: Beziehungen körperlicher Erkrankungen zu endogenen Psychosen. In: Probleme der phasischen Psychosen. Enke, Stuttgart 1961; Forum d.Psychiatrie.Hrsg.Prof.Dr. Bürger-Prinz

Winzenried, F.J.M.; Gehlken: Beziehungen d. chron. Urticaria zu zirkulären vitalen Verstimmungszuständen. Arch.Psychiat. u.Z.ges.Neurol. 2oo (1959), 52 - 65

Bitte in Druckschrift ausfüllen !

Klinik: Kg-Nr.: behandelt von: ..... bis: .....

Vorname: Initial d. Nachnamens: geboren am: ..... 19 Nationalität: .....

Hauptdiagnosen:

Alle Nebendiagnosen:

Therapie:

1. Kostenträger: RVO 3. Kl. (1), EK 3. Kl. (2), S. 3. Kl. (3), RVO o. EK zuzahlend, 1. o. 2. Kl. (4), S. 2. Kl. (5), S 1. Kl (6), KB-BVG (7), Übrige (wie Gerichte) (8), Fürsorge (9)

2. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

3. Familienstand: ledig(1), verheiratet(2), geschieden(3), verwitwet(4), verwitwet u. wiederverheiratet(5), geschieden u. wiederverheiratet(6)

4. Zahl der Kinder: (bitte direkt eintragen)

5. Wohnort: Dorf(1), Kleinstadt(2), Mittelstadt(3), Großstadt(4)

6. Sozialniveau: Elend(1), unter Durchschnitt(2), Durchschnitt (ca. DM 800,- bis DM 1500,- monatl. Einkommen) (3), über Durchschnitt(4), reich(5), sehr reich, Luxus(6)

Zum Beruf:

7. Letzte berufl. Tätigkeit als: Arbeiter(1), Angestellter(2), Beamter(3), Freiberufl., Selbständiger(4), noch in Ausbildung(5)

8. Abgeschlossener, bzw. gegenwärtig beschrittener Bildungsweg: nicht schulfähig(1), Hilfsschule(2), Volksschule(3), Mittelschule(4), Oberschule, Gymnasium(5), Fachschule(6), Hochschule, Akademie, Universität(7), andere(8)

9. Jetziger Status: Schulausbildung, (Studium) (1), in Berufsausbildung(2), im Berufsleben(3), Rentner(4), nur Hausfrau(5), berufstätige Hausfrau(6), zum Wehrdienst eingezogen(7)

Falls invalidisiert:

10. Invalidisierungsursache: oben genanntes Hauptleiden(1), oben genanntes Nebenleiden(2), Berufsunfall(3), Berufskrankheit(4), Wehrdienstbeschädigung(5)

11. Lebensalter bei Invalidisierung: bis 25 J. (1), bis 30 J. (2), bis 35 J. (3), bis 40 J. (4), bis 45 J. (5), bis 50 J. (6), bis 55 J. (7), bis 60 J. (8)

12. Aufnahmegrund: Begutachtung-sozial(1), Begutachtung-zivilrechtl. (2), Begutachtung strafrechtl. (3), Behandlung eines akuten Zustandes ohne chron. Hintergrund(4), akute Verschlechterung eines chron. Leidens(5), Behandlung eines chron. Leidens ohne aktuellen Anlaß(6), Verkehrsunfall(7), Betriebsunfall(8), anderer Unfall(9)

13. Alkoholrausch bei Aufnahme: nein(1), Nebenbefund(2), Einweisungsgrund(3)

14. Senile Veränderungen: keine 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr schwere

15. Entstehungsart des Hauptleidens: Tumor(01), Trauma(02), infektiös u. entzündlich(03), Allergie(04), körperl. u. seel. Überbelastung(05), degenerativ(06), hereditär, endogen(07), Arzneimittelmißbrauch(08), Alkoholmißbrauch(09), sonst. Intoxikationen(10), noch unbekannt(11)

16. Diagnoseklassen: (Organschwerpunkt): Psyche(01), Nervensystem(02), vegetative Dystonie(03), Sinnesorgane(04), endokrines System(05), Herz- und Kreislauf(06), Atmungsorgane(07), Nieren und ableitende Harnwege(08), Geschlechtsorgane(09), Magen und Darm(10), Mundhöhle und Oesophagus(11), Leber und Gallenblase(12), Pankreas(13), Blut und blutbildende Organe(14), Bewegungsapparat(15), Haut(16), Simulation(17), Rentenbegehren(18)

17. In welche Diagnoseklasse fällt das Hauptleiden:

18. In welche Diagnoseklasse fällt das 1. Nebenleiden:

19. In welche Diagnoseklasse fällt das 2. Nebenleiden:

20. Sicherheit der Hauptdiagnose: völlig sicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 völlig unsicher

21. Verzögerung der Diagnostik: keine(1), krankheitsbedingt(2), durch zögernde Einwilligung des Patienten(3), durch organisatorische Schwierigkeiten(4), durch verschiedene Gründe(5):

22. Dauer des Hauptleidens bis zur jetzigen Beobachtung: 1 Tag(01), bis 3 Tage(02), bis 1 Woche (03), bis 2 Wochen (04), bis 1 Monat (05), bis 2 Monate (06), bis 3 Monate (07), bis 6 Monate (08), bis 1 Jahr (09), bis 2 Jahre (10), bis 3 Jahre (11), bis 4 Jahre (12), bis 5 Jahre (13), bis 10 Jahre (14), bis 15 Jahre (15), bis 20 Jahre (16), bis 25 Jahre (17), über 25 Jahre (18)

Das Hauptleiden verläuft beim Patienten: (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

a) sehr leicht 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr schwer

b) ohne Komplikationen 1 - 2 - 3 - 4 - 5 mit erheblichen Komplikationen: .....

c) akut 1 - 2 - 3 - 4 - 5 chronisch

d) lokalisiert 1 - 2 - 3 - 4 - 5 generalisiert

24. Prognose des unbehandelten Hauptleidens: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann (7)

25. Prognose beim Patienten vermutlich: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann (7)

26. Zustand bei Entlassung: geheilt(1), gebessert(2), ungebessert(3), verschlechtert(4), verstorben(5), Tod durch Selbstmord(6)

27. Weiterbehandlung: keine(1), ambulant(2), stationär(3), Pflegeheim(4), durch Hausarzt(5)

28. Selbstmordneigung: unbekannt(1), suicidverdächtig o. Äußerung(2), äußert ernsthaft S-Ideen(3), äußert theatralisch S-Ideen(4)

29. Selbstmordversuche: keine(1), einen(2), zwei(3), drei(4), mehr als 3 (5)

30. Haupttherapie: keine(01), Unfallversorgung(02), sonstig operativ(03), sonstige physikalisch-konservative Behandl. (04), medikamentös-diätetisch(05), Strahlentherapie(06), pflegerische Maßnahmen(07), ärztl. Gespräch(08), spez. Psychotherapie(09), Schocktherapie(10)

31. Schlafmittel: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

32. Sedativa am Tag: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(4), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

33. Analgetica: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

34. Umgang mit Medikamenten: stark ablehnend(1), ablehnend(2), vernünftig(3), begehrend(4), Suchtneigung(5), süchtig(6)

35. Verhalten während der Behandlung: sehr tapfer 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr ängstlich
hochgradig schmerzempfindlich 1 - 2 - 3 - 4 - 5 indolent
(bitte zutreffende Zahl einkreisen)

36. Gesundungswille: sehr stark 1 - 2 - 3 - 4 - 5 will sterben

37. Stellung des Patienten zu den Ärzten:

a) Aufsuchen eines Arztes: nur bei ernstem Anlaß(1), bei angemessenem Anlaß(2), bei nichtigem Anlaß(3), nicht zu beurteilen(4)

b) Treue des Patienten zum Arzt: ausschließlich ein (prakt.)Arzt(1), vorwiegend ein (prakt.)Arzt(2), wechselt häufig den Arzt(3), wechselt häufig und macht andere Ärzte schlecht(4), nicht zu beurteilen(5)

38. Im Umgang mit dem Arzt: sehr schwierig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nicht schwierig

Primärpersönlichkeit: (bitte zutreffende Zahl einkreisen), z. B. (2)

39.	Antrieb:	schwunglos, lahm	1 - 2 - 3 - 4 - 5 schwungvoll, antriebsreich
40.	Menschlicher Kontakt:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr stark
41.	Körperl. Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr stark
42.	Seelische Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr stark
43.	Ehrgeiz, Geltungsbedürfnis:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr stark
44.	Vegetativum:	sehr labil	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr stabil
45.	Affektivität:	stumpf, schwer ansprechbar	1 - 2 - 3 - 4 - 5 erregbar, reizbar
46.	Selbstgefühl:	sehr selbstunsicher	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr selbstsicher
47.	Gemüt, Emotionalität:	eiskalt	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr warmherzig
48.	Stimmung:	traurig, depressiv	1 - 2 - 3 - 4 - 5 optimistisch, heiter
49.	Intelligenz:	Schwachsinn	1 - 2 - 3 - 4 - 5 hohe Intelligenz
50.	Senile Veränd., Abbau:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr ausgeprägt
51.	Wesensänderung	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr ausgeprägt

52. Auswirkungen der genannten Persönlichkeitsmerkmale auf das Gesamtleiden:
sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)

53. Falls Auswirkung vorhanden: in akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)

54. auf Arbeitsfähigkeit(1), stationäre Behandlungsnotwendigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Revers(5), Ansprüche an Pflege(6)

Umweltsituation: (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

55.	Wirtschaftliche Lage:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr günstig
56.	Wohnverhältnisse:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr günstig
57.	Häusliche Umgebung:	kalt, lieblos	1 - 2 - 3 - 4 - 5 warm, besorgt
58.	Versorgung zu Hause:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr gut
59.	Familiäre Probleme (Eltern, Kinder):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr erhebliche
60.	Ehe- Liebeskonflikte:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr erhebliche
61.	Entwurzelung (Flucht, u.s.w. z.B. NS-Verfolgung):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr erhebliche
62.	Vereinsamung (äußere):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr erhebliche
63.	Berufliche Probleme:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr erhebliche

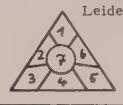
64. Auswirkung der genannten sozialen Bedingungen auf das Gesamtleiden:
sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)

65. Falls Auswirkung vorhanden: in akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)

66. auf Arbeitsfähigkeit(1), stationäre Behandlungsnotwendigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Revers(5), Ansprüche an Pflege(6)

67. Neigung des Patienten, Sozialleistungen auszunutzen: (Verschickungen, Verschreibungen, Krankschreiben, Bescheinigungen u. ä.):
keine (muß darauf hingewiesen werden (1), leichte(2), erhebliche(3), starke(4), extrem starke(5)

68. Schwerpunkt des Gesamtleidens:



Bei stationärer Behandlung:

69. Stationärer Aufenthalt in Wochen: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

70. Anzahl der Betten im Pat.- Zimmer: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

71. Pat. war auf Station: immer bettlägerig(1), meist bettlägerig(2), zeitweise auf(3), immer auf(4)

72.	Besondere Pflegebedürftigkeit:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr große (z. B. bei Bewußtlosigkeit)
73.	Im Umgang mit dem Pflegepersonal:	sehr schwierig	1 - 2 - 3 - 4 - 5 nicht schwierig
74.	Haltung auf der Station:	rücksichtslos, fordernd	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr bescheiden
75.	Kontakt zu Mitpatienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5 stark suchend
76.	Stellung d. Mitpat. zum Patienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr zugetan

77. Körpergröße: (cm über 100 bitte rechtsbündig direkt eintragen. Z. B. 172 [7][2])

78. Gewicht in kg nach Aufnahme: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

79. Gewicht in kg vor Entlassung: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

PERSÖNLICHE DATEN DES AUSFÜLLENDEN ARZTES:

80. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

81. Lebensalter: bis 25 (1), bis 30 (2), bis 35 (3), bis 40 (4), bis 50 (5), bis 60 (6), bis 70 (7), über 70 (8)

82. Status: Medizinalpraktikant(1), Vollassistent(2), Oberarzt(3), Chefarzt(4), niedergel. prakt. Arzt(5), niedergel. Facharzt(6)

83. Ich frage nach den persönlichen und sozialen Problemen meiner Patienten: immer(1), häufig(2), nur bei offensichtlichem Grund(3), selten(4), fast nie(5)

84. Psychiatrische Kenntnisse: keine(1), Facharzt für Psychiatrie und Neurologie(2), Psychiatr. Klinikerfahrung(3)

Für den ausfüllenden Arzt reservierte Spalten zur Verschlüsselung eigener Befunde:

51	52	53	54	55	56	57	58.	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

F a m i l i e n - A n a m n e s e:

51 Somatische Familienanamnese

0 = nicht gefragt bzw. nicht notiert

1 = unauffällig

2 = fraglich psychosomatische Krankheiten

3 = sicher psychosomatische Krankheiten, im ganzen von geringer Bedeutung oder nur ein bis zwei Fälle

4 = grobe, massive psychosomatische Belastung

5 = Allgemeinleiden mit Nervenbeteiligung

6 = innere Krankheiten

7 = gynaekologische Krankheiten

8 = Augen-, Ohren- und Hautkrankheiten

9 = sonstige, Operationen, Tumor unklarer Lokalisation, sonstige unklare oder ungeklärte Krankheiten

52 Neurologische Familienanamnese

0 = nicht gefragt bzw. nicht notiert und nicht eruierbar

1 = entzündliche oder allergische Prozesse incl. Discusprolaps

2 = traumatische

3 = Degenerativleiden

4 = Tumoren

5 = Mißbildungen

6 = gefäßbedingte Erkrankungen

7 = Encephalomyelitis disseminata (MS)

8 = Anfallsleiden wahrscheinlich oder sicher

9 = neurologische Belastung anzunehmen, aber nicht näher definiert

53 Psychiatrische Familienanamnese

0 = nicht gefragt bzw. nicht notiert

1 = Auffälligkeiten nicht bekannt

2 = Verdacht (Psychosen oder Neurosen) bei Großeltern oder anderen Verwandten 2. Grades

3 = sicheres Vorkommen (Psychosen oder Neurosen) bei Großeltern oder anderen Verwandten 2. Grades

4 = Verdacht (Psychosen oder Neurosen) bei Eltern, Geschwistern oder Kindern

5 = sicheres Vorkommen (Psychosen oder Neurosen) bei Eltern, Geschwistern oder Kindern

6 = gehäuftes Vorkommen von sicheren Neurosen, Psychopathien oder Perversionen

7 = gehäuftes Vorkommen von sicheren Psychosen, schwerste familiäre Belastung

8 = "psychiatrische Belastung" ohne nähere Definition

9 = Belastung von uns vermutet aber nicht bewiesen

Differenzierte (psychosomatische) Eigenanamnese

54 Magen - Darm

0 = nicht gefragt, vergessen, nicht berücksichtigt oder dergleichen

1 = sicher nicht oder doch höchstwahrscheinlich nicht vorhanden

2 = leichte, unklare, zu vernachlässigende Störungen

3 = relevante aber unklare Störungen

4 = Gastro-duodenal-Erkrankungen, funktionell

5 = Ulcus pepticum (Magen o. Zwölffingerdarm)

6 = habituelle Obstipation

7 = Colitis ulcerosa

8 = häufig Diarrhoen

9 = Carcinome und sonstiges

55 Veränderungen des Blutdruckes

0 = nicht gemessen, nicht bekannt, nicht festgestellt

1 = fragliche Neigung zur Hypertonie

2 = sicherer Hypertonus, labil, nicht gravierend

3 = juveniler Hypertonus

4 = Hypertonie als relevantes Leiden

5 = fragliche Neigung zur Hypotonie

6 = sichere Neigung zur Hypotonie

7 = Hypo- und Hypertonie bekannt

8 = orthostatische Anfälle, Synkopen

56 Allergosen

0 = nicht gefragt, nicht notiert oder dergleichen
1 = sicher oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden
2 = Asthma bronchiale
3 = Urticaria
4 = Heuschnupfen
5 = sonstige (außer Hautkrankheiten)
6 = mehrere (außer Hautkrankheiten)

57 Hautkrankheiten (ohne Urticaria)

0 = nicht gefragt, nicht notiert oder dergleichen
1 = sicher nicht oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden
2 = Ekzeme, Milchschorf oder dergl.
3 = Neurodermitis
4 = Psoriasis vulgaris
5 = Alopecia areata oder totales
6 = sonstiges

58 Adipositas - Magersucht

0 = nicht gefragt, Gewicht nicht gemessen, nicht notiert oder dergl.
1 = fragliche oder leichte (nicht relevante) Neigung zur Adipositas
2 = erhebliche, mittelgradige, noch nicht sicher pathologische Adipositas
3 = sichere Adipositas
4 = schwere, ins Gewicht fallende Adipositas
5 = sicher keine Körpergewichtsprobleme
6 = fraglich leichte Magersucht
7 = geringe bis mittlere Neigung zur Untergewichtigkeit
9 = schwere und schwerste Magersucht

59 Schilddrüsen-Erkrankungen(u.andere endokrine Leiden)

0 = nicht gefragt, nicht notiert
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fragliche Hyperthyreose

3 = sichere Hyperthyreose

4 = sichere, schwere und schwerste Hyperthyreose

5 = fragliche Hypothyreose

6 = sichere Hypothyreose

7 = sichere, schwere und schwerste Hypothyreose

8 = fragliche sonstige endokrine Leiden

9 = sicher sonstige endikrine Leiden (Gonaden, Hypophyse, Nebenniere).

60 Herz-Kreislaufkrankheiten (insbes. arterielle Gefäßleiden)

0 = nicht gefragt, nicht notiert

1 = sicher nicht vorhanden

2 = Verdacht auf allgemeine oder cerebrale Arteriosklerose

3 = sichere generalisierte oder cerebrale Gefäßprozesse

4 = cerebrale Verschlußkrankheit erwiesen

5 = apoplektischer Insult unklarer Ätiologie aber wahrscheinlich oder gar sicher gefäßbedingt

6 = sicherer ischämischer Insult

7 = funktionelle Herz-Kreislaufstörungen

8 = sicherer Herzfehler

9 = sonstige Herz-Kreislaufkrankheiten u. -störungen

Neurologische Diagnose - organische Nervenleiden

61 Lokalisation

0 = nicht gefragt, nichts notiert oder dergl.

1 = cerebral, incl. Epilepsie

2 = spinal

3 = cerebro-spinal (z.B. MS)

4 = radiculär, Plexus

5 = peripher-nerval (z.B. Mononeuritis)

6 = Polyneuritis

7 = sonstige

62 Ätiologie

0 = nicht gefragt, nicht daran gedacht usw.

1 = unbekannt

2 = genetisch, erblich

3 = traumatisch
4 = entzündlich
5 = degenerativ
6 = vasculär
7 = Tumor
8 = senil, Abbau
9 = sonstige, Kombinationen

63 Psychiatrische Diagnoseklassen (führendes Moment)

0 = nicht berücksichtigt oder dergl.z.B. neurologische Fälle
1 = sicher nichts Psychopathologisches
2 = cerebral organische Psychosyndrome einschl. Schwachsinn
3 = endogen
4 = psychopathisch - neurotische Syndrome
5 = psychosomatische Syndrome
6 = Psychome (psychische Begleiterscheinungen körperlicher Krankheiten außer cerebral-organ. psychischer Symptome)
7 = endogen und psycho-soziogen
8 = cerebrale und psycho-soziogene Symptomatik
9 = endogen u. cerebral z.B. Depression im Senium mit deliranten Verwirrtheitszuständen

Spezielle T h e r a p i e

64 Differenzierung der Psychopharmacotherapie (Plö - dinger u. Schmidlin)

0 = nicht bekannt
1 = bekanntermaßen oder sicher nicht verabreicht
2 = durchgeführt, Mittel unbekannt oder unsystemat., jedenfalls nicht verwertbar
3 = systematisch Phenothiazine (Neuroplegion),stark oder stärker wirksame psychotrop-dämpfende Mittel: Megaphen,Neurocil,Truxal?Melleril,p.p.
4 = leichte psychotrop-dämpfende Mittel: Miltaun Tranquilizers
5 = Imipramin,Tofranil,Pertofran,Insidon u.dergl.
6 = Tryptiline:AG-Texa,Tryptizol,Laroxal u.dergl.
7 = Diacepoxide: Librium,Valium,Adumbran,Mogadan, und dergl.

8 = mehrere, mindestens zwei verschiedene Psychopharmaca, z.B. Megaphen-Atosil,Tofranil-Atosil, o.bes.Tryptizol-Librium, auch sonstige komb. Psychopharmacotherapie z.B. 3-4 oder mehrere verschiedene psychotrop wirksame Medikamente auf einmal oder abwechselnd

9 = sonstige, für den Fall relevante, bislang noch nicht erfasste Psychopharmacotherapie

65 Kombinationstherapie, speziell

0 = nicht bekannt

1 = nur eine Methode angewendet, z.B. nur ES oder nur Insulin (selten)

2 = nur ein Psychpharmacon (selten)

3 = systematisch zwei Psychopharmaca z.B. Tryptizol-Librium oder Tofranil-Atosil

4 = systematisch Pharmacotherapie und Schock-Therapie

5 = systematisch somatische (psychiatrische Verfahr. und Psychotherapie irgendeiner Form, einschl. gezielter ärztlicher psychagogischer Gespräche)

66 Erfolg: therapeutischer Eindruck unter Berücksichtigung objektiver u. subjektiver Momente

0 = nicht erwähnt, übersehen, rein diagnostischer Fall

1 = Nebenwirkungen überwiegen o. keine Wirkung

2 = leichte, aber nicht wesentliche Besserung

3 = deutlich, mäßig gebessert

4 = gut gebessert

5 = sehr gut gebessert, praktisch symptomlos

6 = positiver Erfolg ausschließlich auf Psychosyndrom insbesonders also nicht befriedigend

7 = positiver Erfolg ausschließlich auf somatisches Syndrom (psychotisch,psychosomatisch o.neurolog.

8 = positiver Erfolg auf psychische und somatische Symptome ausgeprägt

9 = unterschiedliche oder besondere Wirkung auf psychische und körperliche Symptome fragwürdig oder kompliziert, im Einzelfall noch nachzusehen.

Spezielle neurogenpsychologische Faktoren

67 Anhalt für äußere Fehlprägungen, Milieuschäden oder dergl. (höchstens bis zur Pubertät)

0 = nicht gefragt
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = leicht, z.B. gestörte Ehe der Eltern, Wechsel des Wohortes, Mutter berufstätig oder dergl.
4 = mittelgradig: Ehescheidung nach dem 6u.7 Lebensjahr, mäßige Trunksucht des Vaters oder der Mutter, Mutter ein Jahr lang in einer Heilstätte, gröbere psychopathisch oder leicht psychotische Mutter oder dergl.
5 = schwer: z.B. Fehlen eines Elternteiles in den ersten sechs Lebensjahren länger als ein Jahr, Ehescheidung, dito.,grob psychotische Eltern, Inzest und dergl.

68 Stellung in der Geschwisterreihe

0 = nicht bekannt
1 = Einzelkind
2 = erstes von drei und weniger
3 = erstes von vier und mehr
4 = mittleres von drei
5 = mittleres von vier und mehr
6 = letztes von drei und weniger
7 = letztes von vier und mehr
8 = Nachkömmling (prakt.Einzelkind, Abstand über 5 J.
9 = Geschwister vorhanden, Reihenfolge unbekannt

69 Soziologische Fakten - Familie

0 = nicht näher bekannt
1 = Kleinfamilie
2 = Großfamilie
3 = Niveau gleichbleibend
4 = Aufstiegsfamilie
5 = Abstiegsfamilie
6 = uneheliches Kind (Patient selbst)
7 = Kleinfamilie und Aufstieg
8 = Kleinfamilie und Abstieg
9 = Großfamilie und Aufstieg

Triebdynamisch wirksame spezielle Einwirkungen in der Kindheit

70 spezielle psychoanalytische Momente

0 = nicht näher bekannt

1 = oral-kaptative Besonderheiten (Sparsamkeit, Armut, Askese u.dergl. oder das Gegenteil)

2 = aggressiv dito. (Bescheidenheit, Gegensatz von Ehrgeiz, Demut oder das Gegenteil)

3 = erotisch-sexuell (Prüderie, antisexuelle Haltung oder das Gegenteil)

4 = besonders 1 und 2

5 = besonders 2 und 3

6 = besonders 1 und 3

7 = 1 - 3

8 = entsprechende Fehler bzw. Fehleinwirkungen unwahrscheinlich

9 = entsprechende Einwirkungen sicher nicht vorhanden

71 Schlaf-Wach-Besonderheiten (Elternhaus, Kindheit)

0 = nichts Besonderes bekannt

1 = sicher nichts Besonderes, d.h. gute Voraussetzungen für ausreichenden Schlaf

2 = Verdacht auf Schädigungen

3 = sichere, leichte Schädigung z.B. öfters Fernsehen, öfters spät ins Bett, morgens immer recht müde aus diesem Grunde

4 = mittlere Schädigung, Fernsehen, asoziales Milieu, grobe Erziehungsfehler, Trunkenheit der Eltern oder dergl.

5 = schwere und schwerste Schädigungen

72 Motorik - Sport - Gymnastik

0 = nichts Besonderes bekannt oder eruiert

1 = motorisch erheblich inhibiert, vom Turnen befreit usw. (evtl. wegen Krankheit)

2 = motorisch leicht inhibiert

3 = ein bißchen Sport, einigermaßen Durchschnitt

4 = sportlich angeregt

5 = Sport spielt in der Familie eine große Rolle

73 Religion (incl.definierter metaphysischer Haltungen; "philosophischer Glaube")

0 = nicht bekannt
1 = sehr religionsfeindlich, fanatische Christenfeide
2 = leicht und mäßig religionsfeindlich
3 = indifferent, einschl. Atheisten ohne bes.Affekt
4 = leicht bis mittelgradig gläubig, religiös
5 = betont religiös

Syndrom Shift und Katagenese

74 Syndrom Shift

0 = nicht bekannt
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = sicher, aber leicht, bzw. selten
4 = ausgeprägt, mäßig
5 = sicher und relevant

75 Syndrom Synchronizität

0 = nicht bekannt
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = sicher, aber leicht bzw. selten
4 = ausgeprägt, mäßig
5 = sicher und relevant

76 Syndrom Suppression

0 = nicht gefragt, vergessen zu fragen
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = sicher, aber leicht bzw. selten
4 = ausgeprägt, mäßig
5 = sicher und relevant

77 Ursachen von Shift und Suppression (wahrscheinliche, bzw. mögliche)

0 = nicht eruiert, nicht beachtet usw.

1 = cerebral-neurogene oder dergl.(z.B.Tumorwachstum, Hirnatrophie)

2 = psycho-soziogene (z.B.Erlebnis,Milieuwechsel)

3 = endogene, essentielle, konstitutionelle oder dergl.(z.B. Schizophrenie,Neurodermitis, essentieller Hypertonus)

4 = Psychotherapie (ausschließlich oder reine Psychotherapie z.B. Psychoanalyse)

5 = kombinierte psychiatrische Therapie:Psychopharmacotherapie, Elektro- oder Insulinschock, Psychagogik (mindestens zwei davon)

6 = ausschließlich Psychopharmacotherapie

7 = chirurgische Eingriffe (speziell Gastrektomie, Kolektomie, Strumektomie, incl.Hirntumor-Op, aber nicht Psychochirurgie

8 = Psychochirurgie und Eingriffe am Vagus, Sympaticus und Ganglion

9 = sonstiges: sonstige Therapie z.B. Hormonbehandlung,Cortisone, Bestrahlung und dergl.

K a t a g e n e s e

78 Psycho-Katagenese möglich, wahrscheinlich, oder doch ernsthaft zu diskutieren

0 = nicht bedacht, nicht gefragt, notiert oder dergl.

1 = sicher nicht

2 = fraglich

3 = sichere Anhalte, aber von geringer Überzeugungskraft

4 = deutlichere, relevant anmutende Hinweise (z.B. erste MS-Symptome nach erstem Koitus, erster Asthmaanfall zwei Stunden nach Beerdigung der Mutter bei vorbestehender asthmatoider Bronchitis)

5 = positiver Extremfall wie von López Ibor erwähnt (Torsionsdystonie nach symbolischer Kopfdrehung in einer Gerichtsverhandlung; auch endogene Psychosen, der Anlaß bzw. das katagenetische Moment muß aber ein psychisch-soziogenes sein)

79 Somato - Katagenese

0 = nicht bedacht, nicht gefragt, notiert oder dergl.

1 = sicher nicht

2 = fraglich

3 = sichere Anhalte aber von geringer Überzeugungskraft

4 = deutlichere, relevant anmutende Hinweise (z.B. endogene Psychose manifestiert sich einige Tage nach sicherer, erheblicher Kopfprellung, dto. nach Fleckfieber usw.)

5 = positiver Extremfall analog Ziff. 78/5. Das katagenetische Moment muß groß und eindeutig somatogen sein, z.B. perforiertes Magengeschwür mit unmittelbar anschließender psychopathologischer Symptomatik; besonders z.B. endogene Depression nach Herzinfarkt)

80 Als Einzelfall wissenschaftlich oder didaktisch zu verwerten

0 = nicht bedacht, erwähnt pp

1 = eventuell am Rande, unter anderem

2 = im Rahmen einer größeren Serie, im Kolleg u.a. zu erwähnen

3 = von einiger Bedeutung, z.B. für kleinere Fallserie

4 = interessanter, jedenfalls zu publizierender Fall

5 = Extremfall, als Einzelfall publikationswürdig

Herrn Prof. Dr. med. H.Jacob, Direktor der Universitäts-nervenklinik in Marburg/Lahn, danke ich für die Erlaubnis, in der Universitätsnervenklinik arbeiten zu dürfen, und für die Ubernahme des Correferates.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. U. Spiegelberg für die Unterstützung und Beratung bei der Gestaltung und Entstehung dieser Arbeit.

Lebenslauf

Am 3o.November 1941 wurde ich, Wolfram Enders, als viertes Kind des Diplom - Kaufmannes Dr.Walter Enders und seiner Ehefrau Charlotte, geb. Hirschfeld-Warneken, in Mannheim geboren. Im Herbst 1947 bin ich in Alsfeld eingeschult worden, wechselte 1952 auf das Gymnasium über und legte am 2.März 1961 die Reifeprüfung ab. Nach zweijährigem Wehrdienst begann ich im Sommersemester 1963 an der Universität Bonn das Studium der Medizin; nachdem ich nach dem fünften Semester das Physikum bestanden hatte, immatrikulierte ich mich an der Philipps-Universität in Marburg und meldete mich nach sechs klinischen Semestern zum Staatsexamen. Meinen Hauptwohnsitz habe ich in Alsfeld, Wallgasse 12. Am 24. Januar 1969 bestand ich das Staatsexamen.

Meine akademischen Lehrer waren die Damen und Herren Professoren und Dozenten in Bonn: Daneel, Dirscherl, Egli, Goslar, Hagen, Hermann, Passoth, Pischotka, Schmitz - Du Mont, Schriefers, Schumacher, Steudel, Tonutti; in Marburg: Beckmann, Berendes, Bommer, Braun - Falco, Buchholz, Cleve, Deicher, Dellbrück, Dittrich, Dölle, du Mesnil de Rochement, Exner, Ganz, Gedigk, Hamm, Hardewig, Herrmann, Heuser, Hildebrandt, Jacob, Knauff, Lang, Lehmann-Grube, Linneweh, Löhr, Mann, Marghescu, Martini, Marx, Neubauer, Neurath, Nocke,Poetsche, Pots, Rassner, Rodeck, Rohen, Schiff, Schirren, Schleyer, Schmid, Schmidt, Schrappe, Schwaiger, Siegert, Siess, Spiegelberg, Staib, Straub, Streicher, Willenbockel.